

**POTVRZENÍ LÉKAŘE**  
**K ŽÁDOSTI O NÁJEM BYTU V DOMĚ S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU V KOLÍNĚ**

**Vyplní žadatel:**

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....rodné číslo .....

Trvalé bydliště.....

V domě s pečovatelskou službou je pečovatelská aj. sociální či zdravotní služba poskytována na základě uzavřené smlouvy apod. s žadatelem a každý obyvatel DPS si ji zajišťuje a hradí sám, proto je nutná alespoň základní soběstačnost žadatele. Potvrzení je vystaveno ošetřujícím lékařem a hrazeno žadatelem.

**Vyplní lékař:**

Nehodící se, prosím, škrtněte.

**Výše jmenovaný/jmenovaná je schopen/schopna samostatného bydlení v DPS** ANO NE

**U výše jmenovaného/jmenované platí:**

ALKOHOLISMUS ANO NE

AGRESIVITA ANO NE

INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ ANO NE

PORUCHY OSOBNOSTI, duševní onemocnění ANO NE

Pokud zde platí ANO, uveďte prosím konkrétně:

.....

S ohledem na výše uvedenou diagnózu potvrzuji

vhodnost umístění výše uvedeného/vedené v DPS. ANO NE

Potřebuje lékařskou péči – trvale – občas ANO NE

Je v péči specializovaného oddělení ZZ – kterého: .....

Potřebuje zvláštní péči – jakou:.....

Jiná důležitá sdělení:

.....

.....

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

**Dále vyplní zaměstnanec OSVZ**

Potvrzení převzal .....dne.....