

**Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu  
žadatele o poskytování sociální služby – sociálně terapeutická dílna**

<b>Název poskytovatele sociální služby</b>	
<b>Žadatel</b>	
<b>Jméno, příjmení, titul</b>	
<b>Datum narození</b>	
<b>Zdravotní pojišťovna</b>	
<b>Základní diagnózy žadatele</b>	
<b>Závažné nemoci žadatele</b>	
<b>Mentální postižení</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> lehké <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> těžké
<b>Další psychiatrická onemocnění</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <b>Upřesnění:</b>
<b>Závažné projevy chování (např. agresivita, apod.)</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <b>Upřesnění:</b>

Závislosti žadatele	
Na alkoholu	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Upřesnění:
Abstinance delší než 1 rok	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Upřesnění:
Jiné návykové látky	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Upřesnění:

Jiná podstatná sdělení: (včetně případné informace, že žadatel není schopen sám jednat, podepsat se)

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis lékaře