**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o byt zvláštního určení MČ Praha 5**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

níže uvedený žadatel/Váš pacient se uchází o získání nájemního práva k užívání bytu zvláštního určení.

**Byt zvláštního určení je standardní nájemní byt**, který je Městskou částí Praha 5 vyčleněn pro bydlení lidí, kteří jsou znevýhodněni věkem, zdravotním stavem či vypjatou osobní situací. Pokud nájemce tohoto bytu spadá do cílové skupiny pečovatelské služby, může (v případě potřeby) v době od 7.30 hod do 18.30 hod využívat její dopomoci při výkonu každodenních úkonů péče o svoji osobu, jako je vykonávání hygieny, obstarávání nákupů, zajištění stravy, úklid domácnosti atd. **Pracovníci pečovatelské služby nesmí klientům připravovat či podávat léky, ošetřovat defekty či jinak suplovat odbornou zdravotní péči.**

Byty zvláštního určení rozhodně nejsou pobytovou sociální službou, jakou je např. domov pro seniory, domov se zvláštním režimem atd. – nájemci těchto bytů **nemají** k dispozici nepřetržitou péči lékařů, zdravotních sester či jiného personálu.

Prosíme o to, abyste výše uvedené skutečnosti ve svém vyjádření zohlednila/zohlednil. Děkujeme Vám.

Jméno a příjmení žadatele: ……………………………………………………………………………………………………

Datum narození: ……………………………………………………………………………………………………………………

Adresa trvalého bydliště: ……………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kritérium** | **Vyjádření lékaře** |
| **zaškrtněte** | **popište** |
| 1. | Zdravotní postižení nosného a pohybového aparátu | * ano
* ne
 |  |
| 2. | Zdravotní postižení kardiovaskulární | * ano
* ne
 |  |
| 3. | Závažná zdravotní postižení smyslová | * ano
* ne
 |  |
| 4. | Závažná zdravotní postižení dýchací soustavy | * ano
* ne
 |  |
| 5. | Akutní nebo nestabilní duševní nemoc nebo závažná mentální porucha | * ano
* ne
 |  |
| 6. | Závislost na alkoholu, jiných návykových látkách a hracích automatech | * ano
* ne
 |  |
| 7. | Infekční nemoc/nemoci  | * ano
* ne
 |  |
| 8. | Další údaje o zdravotním stavu žadatele (dle Vašeho zvážení a v kontextu účelu vyjádření) | * ano
* ne
 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Závislost na pomoci jiné osoby | * ne
 | * ano
 | * částečná
 |
| * úplná - celodenní
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je žadatel v důsledku onemocnění zatížen projevy, které narušují kolektivní soužití či respektování základních společenských norem? | * ne
 | * ano – jakým způsobem:
 |

|  |
| --- |
| Vaše stanovisko o vhodnosti pronájmu bytu zvláštního určení žadateli vzhledem k jeho zdravotnímu stavu: |

Jméno a příjmení lékaře, který toto vyjádření vyplnil:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresa ordinace: ……………………………………………………………………………………………………………………

Telefonní číslo: ……………………………………………………

Datum: …………………………………………………. Razítko a podpis lékaře: