

Lékařské vyšetření žadatele o náhradní rodinnou péči – vyplní registrující praktický lékař

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Bydliště:

Anamnéza: Rodinná

Osobní

Sociální

Objektivní vyšetření:

Orientace

Kontakt

Sluch

Zrak

Chůze a stoj

Pohyblivost

Hlava

Krk

Hrudník

Břicho

Páteř

Končetiny – horní

Dolní

Diagnostický souhrn:

Současná terapie:

Chronická invalidizující onemocnění:

ano - ne

jaké:

Tělesná vada nebo interní či neurologická choroba s těžkým omezením pohyblivosti:

ano – ne

jaké:

Smyslová vada - oční:

ano – ne

visus omezen – neomezen

VOP

VOL

Zorné pole nezúženo - zúženo a v jakém rozsahu

Smyslová vada – sluchová:

ano – ne

šepot – hlasitá řeč

Event..audio

Onemocnění ohrožující dítě (např. TBC, pohlavní choroby, bacilonosičství apod.):**Duševní choroba:**

ano – ne

jaká:

Závislost na:Alkoholu *ano – ne*Drogách *ano – ne*Jiné závislosti (např. automaty apod.) *ano – ne***Charakterové vady, psychopatie:****Pro výše uvedená onemocnění přiznána - nepřiznána:**Invalidita – *částečná - plná*

Změněná pracovní schopnost

Přiložené odborné nálezy:

Datum, razítko a podpis lékaře: