

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE pro AC Facility s.r.o.
o zdravotním stavu zájemce k poskytování sociální služby Domov se zvláštním režimem

I. Zájemce: titul

Jméno a příjmení

Datum narození: zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Ulice, číslo, město, PSČ, okres

| II. Trpí zájemce demencí: | | ANO* | NE* |
|----------------------------------|------|-----------|-----|
| Typ demence: | | | |
| Orientován osobou | ANO* | ČÁSTEČNĚ* | NE* |
| Orientován časem | ANO* | ČÁSTEČNĚ* | NE* |
| Orientován místem | ANO* | ČÁSTEČNĚ* | NE* |

*nehodící se škrtněte

III. Diagnóza

Hlavní:
Statistická značka hlavní choroby dle MKN

Ostatní nemoci:

IV. Aktuální medikace

V. Alergie

VI. Další nezbytné informace pro poskytnutí pobytové sociální služby:

VII. Aktuální zdravotní stav:

VIII. Dispenzarizace v odborných ambulancích:

V/Ve.....

Dne.....

.....
razítko a podpis lékaře