

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE pro Alzheimercentrum Filipov, z.ú.**  
o zdravotním stavu žadatele k poskytování sociální služby Domov se zvláštním režimem

**I. Žadatel:** ..... titul .....

Jméno a příjmení

Datum narození: ..... zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

Ulice, číslo, město, PSČ, okres

<b>II. Trpí žadatel demencí:</b>	<b>ANO*</b>	<b>NE*</b>
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