

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE pro Alzheimercentrum Ostrava
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

II. Trpí žadatel 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