

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE pro Alzheimercentrum Prácheň, z. ú.
o zdravotním stavu žadatele k poskytování sociální služby Domov pro osoby se zdravotním postižením

I. Žadatel:		titul
	Jméno a příjmení	
Datum narození:		zdravotní pojišťovna:
Bydliště:		
	Ulice, číslo, město, PSČ, okres	

II. Trpí žadatel zdravotním postižením:	ANO*	NE*
Typ zdravotního postižení:		

*nehodící se škrtněte

III. Diagnóza
<u>Hlavní:</u>
Statistická značka hlavní choroby dle MKN
 <u>Ostatní nemoci:</u>

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