

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE pro Alzheimercentrum
o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby
(příloha k žádosti o poskytování sociální služby)

I. Žadatel:		titl.
	Jméno a příjmení (u žen i rodné)	
Datum narození:		zdravotní pojišťovna:
Bydliště:		
	Ulice, číslo, město, PSČ, okres	

II. Trpí žadatel demencí:	ANO*	NE*
Typ demence:		

*nehodící se škrtněte

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

IV. Aktuální zdravotní stav:

V. Dispenzarizace v odborných ambulancích:

VI. Jiné údaje o žadateli:

V/ve.....

Dne.....

.....
razítko a podpis lékaře