

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE pro Alzheimercentrum Zlosyň, 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

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