

V Jablonci nad Nisou dne

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU
(příloha k žádosti o poskytování sociální služby)

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Mentální postižení (zaškrtněte):

- vrozené
- získané

Postižení hybnosti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Alergie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Duševní stav (orientovanost žadatele, př. projevy narušující kolektivní soužití):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Chronická onemocnění:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nezbytně nutný rozsah každodenní zdravotní péče:

.....
.....
.....

Potvrzení bezinfekčnosti:

.....
.....
.....

Jiná důležitá sdělení:

.....
.....
.....

Jméno lékaře:

Razítko a podpis lékaře: