



SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA TŘINCE

příspěvková organizace
Habrová 302, 739 61 Třinec - Dolní Líštná

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele na „Odlehčovací služby“ Domova Sosna

1. Žadatel:

Příjmení:.....

Jméno:.....

2. Narozen:

.....

Den, měsíc, rok

3. Bydliště:

Ulice:.....

Číslo popisné:..... PSČ:.....

Obec:.....

4. Diagnóza (česky): a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

6. Alergie:

7. Léčba, dávkování léků:

8. Potvrzení o bezinfekčnosti žadatele:

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

.....

.....

Telefonní číslo:

.....