



POSUDEK REGISTRUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Jméno, příjmení, titul.....

Rodné číslo:..... Pojišťovna:.....

Bydliště:.....

Doručovací adresa:

Pozn.: vyplňte v případě, že není shodná s adresou bydliště.

Telefonický kontakt:

Žadatel vyžaduje poskytování ústavní péče ve zdravotním zařízení?

.....
.....

Žadatel je léčen s akutní infekční nemocí?

.....
.....

Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytování sociální služby?

.....
.....

V dne

.....

podpis a razítko lékaře