

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

k přijetí zájemce do sociální služby: denní stacionář, poskytující péči lidem s mentálním a zdravotním postižením, chronickým duševním onemocněním, zrakovým a sluchovým postižením

Jméno, příjmení, titul:
Datum narození:
Zdravotní pojišťovna:
Aktuální zdravotní stav:
Rizika (agrese, sebepoškozování, samostatný pohyb, sebeobsluha, projevy zdravotního omezení, skupinové soužití, inkontinence, kompenzační pomůcky apod.):
..... Datum, podpis, razítko praktického lékaře