

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

ke zdravotnímu stavu

JMÉNO, PŘÍJMENÍ, titul:

DATUM NAROZENÍ:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ:

DIAGNÓZY:

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

JE V PÉČI ODBORNÝCH LÉKAŘŮ (jména lékařů):

Diabetologický lékař.....

Interní lékař.....

Chirurgický lékař.....

Psychiatrický lékař.....

Neurologický lékař

Jiný lékař

DALŠÍ INFORMACE (nehodící se škrtněte)

JE/ NENÍ schopen sám jednat (zejména v oblasti uzavírání smluv, vyjednávání služeb, apod.)?

VYŽADUJE/ NEVYŽADUJE stálou péči ve zdravotnickém zařízení (NIKOLIV stálou péči v sociální službě)?

TRPÍ/NETRPI infekčním onemocněním? Jaké:

TRPÍ/NETRPI duševní poruchou, která by vážným způsobem narušovalo kolektivní soužití?

MÁ DIETU:

Hodnota MMSE:

Dne: **Podpis, razítko lékaře:**