

Vyjádření praktického nebo ošetřujícího lékaře

o zdravotním stavu žadatele pro poskytnutí služby

- ☐ DOMOV PRO SENIORY VYHLÍDKA
- ☐ DOMOV PRO SENIORY HARMONIE
- ☐ DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM JABLOŇOVÁ
- ☐ ODLEHČOVACÍ SLUŽBA POHODA, TRNKOVÁ

Žadatel (jméno, příjmení, titul):		
Datum narození:		
Vyžaduje žadatel trvalé poskytnutí péče ve zdravotnickém zařízení?	ANO	NE
Projevují se u žadatele příznaky Alzheimerovy nemoci, či jiného typu demence?	ANO	NE
Je žadatel schopen kolektivního soužití (netrpí duševní poruchou nebo závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách)?	ANO	NE
Jiná sdělení:		
Datum:	Razítko a podpis lékaře:	

Děkujeme Vám za spolupráci při vyplnění tohoto vyjádření.