

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele

- příloha k žádosti o poskytnutí vybrané sociální služby - poskytovatel Domov Svatý Jan, p. s. s.

Jméno a příjmení:	rodné číslo:	ZP:
<u>Anamnesa</u> rodinná: osobní: pracovní:		
Výška: cm	hmotnost: kg	TK
Moč chemicky:		
Rtg vyšetření plic (ne starší 3 měsíce)		
Trvalá medikace:		
Alergie: ano / ne jaké:		
Pohyb: chodí chodí s pomocí OP pomůcky jaké:		
Trvale upoután na lůžko:		ano / ne
Schopen sebeobsluhy: samostatně		s podporou
Komunikace: přiměřená narušená jak:		
Je schopen zácvičku k jednoduché práci		ano / ne
Potřebuje zvláštní péči, jakou:		
Diagnostický souhrn:		
Závěry odborných vyšetření:		
Datum:	razítko a podpis lékaře	

tel:318 862 389, www.domovsvatyjan.cz, domov@domovsvatyjan.cz