

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

Žadatel:.....

Rodné číslo:..... Zdravotní pojišťovna.....

Bydliště:.....

Jméno a příjmení praktického lékaře:.....

Adresa zdrav. zařízení.....

Anamnéza:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objektivní nález:

.....

.....

.....

.....

.....

Duševní stav:

.....

.....

.....

.....

.....

Projevy narušující kolektivní soužití? ANO NE

Jaké?.....
.....
.....

Diagnózy (podle MKN a česky):
.....
.....

Očkování (datum, šarže):

Chřipka:.....

TAT:.....

PNEUMO 23:.....

Jiné:.....

Inkontinence moči ANO NE Stupeň:.....

stolice: ANO NE Stupeň:.....

Poslední preskripce vypsána dne:.....

Jméno a kontakt na odborné lékaře, u kterých je osoba v péči (psychiatr, neurolog, zubní lékař, diabetolog....):

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

Mobilita:.....

Kompenzační pomůcky:.....

Schopnost sebeobsluhy:

.....

.....

.....

Jiné údaje:.....

.....

.....

Osoba TRPÍ X NETRPÍ akutní infekční chorobou.

Dne: Podpis a razítko lékaře:.....