VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE/SPECIALISTY

pro **DS KOBYLISY, domova se zvláštním režimem,**

o zdravotním stavu žadatele k poskytování sociální služby

I. ŽADATEL: ..... titul .....

Jméno a příjmení

Datum narození: ..... zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

Ulice, číslo, město, PSČ, okres

II. TRPÍ ŽADATEL DEMENCÍ: ANO* NE*

Typ demence:

Orientován osobou	ANO*	ČÁSTEČNĚ*	NE*
Orientován časem	ANO*	ČÁSTEČNĚ*	NE*
Orientován místem	ANO*	ČÁSTEČNĚ*	NE*

*nehodící se škrtněte

III. DIAGNÓZA

Hlavní:

Statistická značka hlavní choroby dle MKN

Ostatní nemoci:

Domov pro seniory Kobylisy / Mirovická 19/1027, 182 00 Praha 8

Zřizovatel: Hlavní město Praha / 1420 284 001 711 / www.dskobylisy.cz
IČ: 70872996 DIČ: CZ70872996 / č.u.: 2001310018 /6000 / ID datové schránky: evvy4kh

IV. AKTUÁLNÍ MEDIKACE

V. ALERGIE

VI. DALŠÍ NEZBYTNÉ INFORMACE PRO POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

Je žadatel schopen kolektivního soužití v domově se zvláštním režimem: ANO* NE*

Doplňující informace:

*nehodící se škrtněte

VII. AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV:

Domov pro seniory Kobylisy / Mirovická 19/1027, 182 00 Praha 8

Zřizovatel: Hlavní město Praha / 1420 284 001 711 / www.dskobylisy.cz
IČ: 70872996 DIČ: CZ70872996 / č.u.: 2001310018 /6000 / ID datové schránky: evvy4kh

DOMOV
PRO SENIORY
KOBYLISY

VIII. DISPENZARIZACE V ODBORNÝCH AMBULANCÍCH:

V/Ve ……. Dne …….

……
razítko a podpis lékaře

Domov pro seniory Kobylisy / Mirovická 19/1027, 182 00 Praha 8

Zřizovatel: Hlavní město Praha / 1420 284 001 711 / www.dskobylisy.cz
IČ: 70872996 DIČ: CZ70872996 / č.u.: 2001310018 /6000 / ID datové schránky: evvy4kh