



## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

Jméno ..... Příjmení .....

Zdravotní pojišťovna ..... Datum narození .....

Diagnóza základní		
Diagnoza vedlejší		
Alergie		
Jiná sdělení ( např. kardiostimulátor, atd )		
Medikace a dávkování		
Žadatel je schopen pobytu v zařízení odlehčovací služby	ANO	NE
Žadatel nemá infekční a jinou přenosnou chorobu	ANO	NE
Žadatel je schopen podpisu (fyzicky/ kognitivně)	ANO	NE
Žadatel má soudem ustanoveného zákonného zástupce	ANO	NE
Žadatel není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen za sebe jednat (např. ve věci podpisu) a dosud nemá ustanoveného zákonného zástupce.	ANO	NE

Datum vystavení:.....

Razítko a podpis