**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU**

(Příloha k žádosti o poskytování sociální služby)

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení žadatele:** **Datum narození:****Adresa bydliště:** |
| **Mentální postižení** (zaškrtněte): □ **Vrozené** □ **Získané**  |
| **Postižení hybnosti:** |
| **Alergie:** |
| **Duševní stav (**orientovanost žadatele, př. projevy narušující kolektivní soužití**):** |
| **Chronická onemocnění:**  |

|  |
| --- |
| **Nezbytně nutný rozsah každodenní zdravotní péče:** |
| **Potvrzení bezinfekčnosti:** |
| **Jiná důležitá sdělení:**  |

Datum vyhotovení:

Jméno lékaře:

Razítko a podpis lékaře: