



**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o službu**

**v Centru sociálních služeb Stod**

*(povinná příloha)*

<b>Jméno a příjmení:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Vyžaduje zdravotní stav žadatele poskytnutí péče ve zdravotnickém zařízení?</b>	<b>ANO - NE</b>
<b>Trpí žadatel akutním infekčním onemocněním?</b>	<b>ANO - NE</b>
<b>Trpí žadatel duševní poruchou, jejíž projevy by závažným způsobem narušovaly kolektivní soužití?</b>	<b>ANO - NE</b>
<b>Diagnóza hlavní:</b>	
<b>Ostatní choroby nebo chorobné stavy:</b>	
<b>V případě diagnózy duševního onemocnění vypište konkrétní projevy a průběh tohoto onemocnění:</b>	
<b>Datum..... Razítko a podpis lékaře:.....</b>	