

DOPORUČENÍ REGISTRUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE k docházce žadatele do Světlanky - centra denních služeb

Vážená paní doktorko/vážený pane doktore,
prosím Vás o vyjádření, které pomůže v rozhodnutí, zda přijmout žadatele do Světlanky -
centra denních služeb. Jedná se o ambulantní sociální službu bez zdravotní péče.

Děkuji, vedoucí Světlanky - centra denních služeb

Jméno a příjmení:

Datum narození:.....

Bydliště:.....

PROSÍM OZNAČTE VŠECHNY RELEVANTÍ ODPOVĚDI

Žadatelem je osoba:

ANO

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. osoba vyžadující nepřetržitou péči na lůžku | <input type="checkbox"/> |
| 2. osoba, která není schopna pobytu v kolektivu | <input type="checkbox"/> |
| 3. osoba, která má specifické potřeby v komunikaci | <input type="checkbox"/> |
| 4. osoba se zdravotním postižením starší 19 let | <input type="checkbox"/> |
| - mentálním postižením | <input type="checkbox"/> |
| - tělesným postižením | <input type="checkbox"/> |
| - smyslovým postižením | <input type="checkbox"/> |
| 5. senior | <input type="checkbox"/> |
| 6. osoba s duševním onemocněním starší 19 let | <input type="checkbox"/> |
| 7. osoba s duševním onemocněním v nekompenzovaném stavu | <input type="checkbox"/> |
| 8. osoba s chornickým onemocněním starší 19 let | <input type="checkbox"/> |

Potvrzení o bezinfekčnosti žadatele:

Pobyt v Centru denních služeb (prosím zaškrtněte):

doporučuji

nedoporučuji

V.....dne:

Razítko a podpis lékaře