**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**o zdravotním stavu zájemce**

Pro potřeby sociální služby:

**Týdenní stacionář – certifikovaném pracovišti pro osoby s Alzheimerovou chorobou**

**Zájemce o sociální službu**:

Příjmení\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jméno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zdravotní pojišťovna:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydliště (místo, ulice, číslo popisné, číslo směrovací)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):**

Alzheimerova nemoc nebo jiná forma demence (míra postižení kognitivních funkcí)?

**Potvrzení o bezinfekčnosti:**

Potvrzuji, že výše uvedený pan/í netrpí žádným infekčním onemocněním a ani se v poslední době nesetkal(a) s osobou takovým onemocněním trpící.

V………………………………… dne..........................

………................................................

razítko a podpis praktického lékaře