

Dům na půl cesty sv. Josefa

Svobodova 743/12, 360 17 Karlovy Vary

tel.: +420 353 434 222

e-mail: dnpc@kv.charita.cz

www.kv.charita.cz

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

o zdravotním stavu žadatele o sociální službu v Domě na půl cesty sv. Josefa (pobytová služba)

**Jméno a příjmení žadatele:**

Datum narození:

Bydliště:

**Duševní stav (**není nutné uvádět diagnózy)**:**

**–** vyplňte prosím, zda žadatel **MÁ nebo NEMÁ** **projevy narušující kolektivní soužití:**

- je tedy žadatel schopen být v pobytové sociální službě? **ANO x NE**

**Potvrzení o bezinfekčnosti:**

Potvrzuji, že výše uvedený žadatel/ka netrpí žádným infekčním onemocněním a ani se v poslední době nesetkal(a) s osobou takovým onemocněním trpící. **ANO x NE**

Upozorňuji, že žadatel/ka má akutní infekční onemocnění, které vylučuje pobyt v sociální službě. **ANO x NE**

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

Podpis a razítko lékaře