Nemocnice Dačice, a.s.
Antonínská 85/II, 380 01 Dačice, IČ: 281 13 195, tel.: 384 358 211

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O AKTUÁLNÍM ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

1. Žadatel	
Příjmení:	Jméno:
Datum narození:	
Bydliště:	
2. Aktuální zdravotní stav žadatele + hlavní diagnózy	
3. Potřebuje žadatel nějakou speciální zdravotní péči poskytovanou zdravotnickým zařízením? Uveďte jakou (např. dialýza, peg sonda, kyslíková terapie atd.).	
4. Má žadatel duševní poruchu, jejíž projevy by závažným způsobem narušovaly kolektivní soužití? Uveďte jakou poruchu, jaké projevy (např. agresivita, noční aktivita apod.).	
5. Je žadatel sledován pro infekční onemocnění?	
ANO - Jaké	NE

6. Je zjištěn návyk na alkohol nebo jiné návykové látky?
ANO NE
7. Jiné údaje:

Datum: ….....

Razítko, podpis, jmenovka vyšetřujícího lékaře: