

**Vyjádření lékaře**  
**o zdravotním stavu žadatele k žádosti o poskytování sociálních služeb**

<b>1. Žadatel</b>	Zdravotní pojišťovna: .....		
.....			
příjmení	jmén	titul	číslo OP
narozen: .....		R.Č. ....	.....
den, měsíc, rok	místo		
bydliště: .....			
ulice	číslo	místo	PSC, pošta
<b>2. Anamnéza</b> (rodinná, osobní. Neopomeňte uvést údaje o příp. TBC, bacilonosičství, pozitivitě HBsAg):			
<b>3. Duševní stav</b> Vyskytují se u žadatele projevy narušující kolektivní soužití? ANO – NE			
<b>4. Trpí žadatel demencí? V případě kladné odpovědi nutno přiložit zprávu z psychiatrického nebo psychologického vyšetření.</b> ANO      Typ demence: Stupeň:  NE			

