



Stredisko sociálnych služieb Petržalka

IP11/2017.F02.

Potvrdenie o zdravotnom stave žiadateľa o prepravnú službu

Spis klienta

Žiadateľ/ka o sociálnu službu :

.....

Meno a priezvisko

Narodená/ý:

.....

Deň, mesiac a rok miesto

Trvalý pobyt:

.....

Poskytovateľ

zdravotnej starostlivosti:

.....

.....

Anamnéza: (aktuálny stav žiadateľa/ky o sociálnu službu):

.....
.....
.....
.....

Objektívny nález:

.....
.....
.....

Diagnostický záver: (aj číselná diagnóza)

.....
.....
.....

Obmedzená schopnosť pohybu na rovine.....áno/nie*.....po dobu.....

Obmedzená schopnosť pohybu po schodoch.....áno/nie*.....po dobu.....

Obmedzená schopnosť orientácie.....áno/nie*.....po dobu.....

V Bratislave, dňa.....

.....

Podpis a pečiatka lekára

*nehodiace sa prečiarknuť