**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**VYJADRENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA k poskytnutiu sociálnej služby – Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci**

1. **Meno a priezvisko:** ............................................................................................................................
2. **Dátum narodenia:** .................................................. **Rodné číslo:** ................................................
3. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................. **PSČ:** ......................
4. **Objektívny nález** (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens lacalis)**:**

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

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

1. **Diagnóza (v slovenskom jazyku):**
2. **hlavná:** ..............................................................................................................................................
3. **ostatné choroby alebo chorobné stavy:** ............................................................................................

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

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

1. **Prehľad o užívaných liekoch:** **ráno obed večer**

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

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

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

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

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

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

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

Dňa ….............................

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

 pečiatka a podpis lekára