**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**VYJADRENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA k poskytnutiu sociálnej služby – prepravná služba**

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:** ...........................................................................................

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

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

**Je schopný chôdze bez cudzej pomoci** [ ]  áno [ ]  nie

**Je schopný pohybu po rovine** [ ]  áno [ ]  nie

**Je schopný chôdze po schodoch** [ ]  áno [ ]  nie

**Vyjadrenie lekára:**

**Žiadateľ:** [ ]  **je** [ ]  **nie je** vzhľadom na nepriaznivý zdravotný stav **odkázaný** na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom.

Poskytovanie prepravnej služby: [ ]  **odporúčam** [ ]  **neodporúčam.**

Dňa ….............................

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

 pečiatka a podpis lekára