LIKAVA - centrum sociálnych služieb
Likavka 9, 034 95 Likavka

POTVRDENIE OD OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

(predložiť pri nástupe do LIKAVA - centrum sociálnych služieb, nesmie byť staršie ako 3 dni)

Meno a priezvisko: ..... **Narodený/-á** .....

Bydlisko: .....

Občan **bol* – nebol*** v posledných dňoch pred nástupom do zariadenia v infekčnom prostredí.
Občanovi **bola* – nebola*** ošetrujúcim lekárom ani okresným hygienikom nariadená karanténa.
Zdravotný stav občana si **nevyžaduje** poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení. U občana **sú* – nie sú*** kontraindikácie poskytovania sociálnej služby v LIKAVA – centrum sociálnych služieb, Likavka 9
Objektívny nález: Aktuálne **nachodíme*** - **nenachodíme*** kontraindikácie k umiestneniu občana /občianky/ v LIKAVA – centrum sociálnych služieb, Likavka 9 duševné choroby (psychiatrické vyšetrenie): lieči sa* - nelieči sa* , **ak áno doložiť psychiatrické vyšetrenie.** abuzus: RTG pľúc: Výtery - z nosa, rekta: Infekčné ochorenie kože: parazity:
Predpísaná diéta alebo iné odporúčania lekára: Alergia na potraviny: **DIÉTA č.:**

*nehodiace sa prečiarknuť

V .....

dňa ..... pečiatka a podpis lekára

FM 15_Soc/02