



Domov Matky Rosy  
domov pro seniory  
Rajhrad, Odbojářů 324, PSČ 664 61  
IČ 73634093

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení .....

Rodné číslo: ..... Zdrav. poj. : .....

Bydliště : .....

**Anamnéza :**

**Objektivní nález :**

**Duševní stav :**

**Diagnózy :**

**Potřebuje žadatel stálou zdravotnickou péči:**

ano

ne

V jakém rozsahu a jak často :

**Alergie :**

**Stav kůže: (dekubity, otlaky, puchýře, opruzeniny):**

**Orientace:**

Časem ano / ne      osobou ano / ne

Místem ano / ne      situací ano / ne

**Kompletní medikace a její rozpis:**

Poslední hospitalizace ve zdrav. zařízení kdy a kde: .....

Praktický lékař:..... Tel:.....

Adresa: .....

Dne :

.....  
podpis a jmenovka vyšetřujícího lékaře