



ZÁZNAM O ZDRAVOTNÍ PÉČI O ŽADATELE
pro LUXOR Poděbrady, poskytovatel sociálních služeb - DOMOV PRO SENIORY

| | |
|--|-----------------------|
| Rodné číslo: | Zdravotní pojišťovna: |
| Příjmení, jméno, titul: | |
| Adresa trvalého bydliště: | |
| Očkování TAT :..... PNEUMO CHŘIPKA COVID 19 | Alergie: |
| EPIKRISA ZÁVAŽNÝCH ZDRAVOTNÍCH STAVU | |
| | |
| DIAGNOSTICKÝ SOUHRN | |
| | |
| POSLEDNÍ MEDIKACE | |
| | |

Vyžaduje osoba péči DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM (DZR):

ANO

NE

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Záznam lze nahradit aktuální propouštěcí/ průběžnou či jinou podrobnou zprávou ze zdravotnického zařízení (ne starší 3 měsíce).

K záznamu můžete přiložit i další aktuální lékařské zprávy, které doplní informace o potřebách zdravotní péče o žadatele.

Děkujeme za spolupráci.