



**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:
<b>EPIKRISA ZÁVAŽNÝCH ZDRAVOTNÍCH STAVU</b>	
<b>DIAGNOSTICKÝ SOUHRN</b>	
<b>POSLEDNÍ MEDIKACE</b>	

Vyžaduje osoba péči DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM (DZR):

ANO

NE

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Záznam lze nahradit aktuální propouštěcí zprávou ze zdravotnického zařízení.

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

*Děkujeme za spolupráci.*