



**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>	

## 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.*