



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 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.