

POTVRDENIE OD OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

(predložiť pri nástupe do ZpS a DSS L. Sliače, nesmie byť staršie ako 3 dni)

Meno priezvisko:

narodený/á :

bydlisko:

Občan **bol** * - **nebol** * v posledných dňoch pred nástupom do zariadenia v infekčnom prostredí.

Občanovi **bola** * - **nebola** * ošetrojúcim lekárom ani okresným hygienikom nariadená karanténa

Zdravotný stav občana si **nevyžaduje** poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení.

U občana **sú** * – **nie sú** * kontraindikácie poskytovania sociálnej služby v ZPS a DSS Liptovské Sliače,

Objektívny nález:

Aktuálne **nachodíme** * - **nenachodíme*** kontraindikácie k umiestneniu občana /ky/ v ZpS a DSS Liptovské Sliače

duševné choroby (psychiatrické vyšetrenie): lieči sa * nelieči sa * **ak áno doložiť psychiatrické vyšetrenie.**

abuzus:

RTG pľúc:

Výtery - z nosa, rekta:

Infekčné ochorenie kože.

parazity:

Predpísaná diéta alebo iné odporúčania lekára:

Alergia na potraviny:

DIÉTA č.:

* nehodiace sa prečiarknuť

V

dňa

pečiatka a podpis lekára