

**MESTO HRIŇOVÁ, Partizánska 1612, 962 05 Hriňová**

Úsek sociálnych vecí

**VYJADRENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA**

k poskytnutiu sociálnej služby – jedáleň (rozvoz obedov)

1. **Meno a priezvisko:** ............................................................................................................................
2. **Dátum narodenia:** .................................................. **Rodné číslo:** ..............................................
3. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................. **PSČ:** ......................
4. **Objektívny nález** (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens lacalis)**:**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

1. **Diagnóza** (v slovenskom jazyku)**:**
2. **hlavná:** ..............................................................................................................................................
3. **ostatné choroby alebo chorobné stavy:** ...........................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Je schopný chôdze bez cudzej pomoci**  áno  nie

**Je schopný pohybu po rovine**  áno  nie

**Je schopný chôdze po schodoch**  áno  nie

**Vyjadrenie lekára:**

**Žiadateľ:**  **je**  **nie je** vzhľadom na nepriaznivý zdravotný stav **odkázaný** na poskytovanie sociálnej služby – rozvoz obedov..

Poskytovanie prepravnej služby:  **odporúčam  neodporúčam.**

Dňa ….............................

….................................….......................................

pečiatka a podpis lekára