**Centrum sociálnych služieb Brezovec**

 **Martina Hattalu 2161/3, 026 01 Dolný Kubín**

**POTVRDENIE OD OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA**

(predložiť pri nástupe do ZPS a DSS Dolný Kubín – nesmie byť staršie ako 3 dni pred nástupom)

**Meno a priezvisko:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Dátum narodenia:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bydlisko:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hodiace sa označte krížikom**

**U občana sa vyskytuje: Duševná choroba** □ÁNO □NIE

Ak ÁNO, potrebné doložiť fotokópiu psychiatrického vyšetrenia – nie staršiu ako 6 mesiacov

 **Abúz**  □ÁNO □NIE

Ak ÁNO, aký?...............................................................................................................................

 **Infekčné ochorenie kože, iný defekt kože** □ÁNO □NIE

Ak ÁNO, aké, lokalizácia ?..........................................................................................................

 **Parazity** □ÁNO □NIE

Ak ÁNO, aké, lokalizácia ?..........................................................................................................

 **Alergia na potraviny/lieky** □ÁNO □NIE

Ak ÁNO, aké?...............................................................................................................................

**Druh stravy □ D3 racionálna □ D4 s obmedzením tukov**

 **□ D10 neslaná □ D9 diabetická**

**Doporučená aktuálna liečba / lieky, dávkovanie /**

**Nachádzal sa občan pred nástupom v infekčnom prostredí?** □ÁNO □NIE

**Sú u občana kontraindikácie poskytovania sociálnej služby v ZPS a DSS Dolný Kubín?**

 □ÁNO □NIE

Ak ÁNO, aké**?** .............................................................................................................................. .....................................................................................................................................................

**RTG pľúc** POZITÍVNY / NEGATÍVNY

**VÝTERY z nosa, hrdla, rekta, kožného defektu** POZITÍVNY / NEGATÍVNY

Iné dopĺňajúce informácie o zdravotnom stave občana

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

**MENOVANÝ (Á) NETRPÍ ŽIADNYM INFEKČNÝM OCHORENÍM**

**V................................................. dňa...................................**

 **Pečiatka a podpis lekára**