**Potvrdenie lekára o zdravotnom stave žiadateľa k umiestneniu v zariadení sociálnych služieb Rezidencia Nestor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko: |  |  |  |
| Rodné číslo: |  | Zdravotná poisťovňa: |  |
| Meno obvodného lekára, kontakt (tel. číslo): |  |  |  |
| Lekárske diagnózy: |  |  |  |
| Užívané lieky:(názov lieku a dávkovanie) |  |  |  |
| Aktuálny lekársky nález popisujúci prítomné ochorenia (pre účel úhrady poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti zdravotnou poisťovňou) |  |  |  |
| Dispenzarizácia u špecialistov:(meno lekára, miesto) |  |  |  |
| Posledná hospitalizácia (dátum, miesto): |  |  |  |
| Mobilita: |  |  |  |
| Poruchy kontinencie: |  |  |  |
| Porušená integrita kože, spôsob ošetrovania |  |  |  |

Dátum: ................................................ ..................................................................

 Pečiatka a podpis všeobecného lekára