**Vyjádření ošetřujícího lékaře**

**(z důvodu jednání se zájemcem o sociální služby)**

Jméno, příjmení, titul klienta: ……………………………………………………………….

Datum a místo narození: ……………………………………………………………………..

Adresa bydliště: ……………………………………………………………………………….

Osoba pobírající invalidní důchod: …………………………………………………………

Jméno ošetřujícího lékaře: …………………………………………………………………...

Kontakt (telefon, email, webové str. …)……………………………………………………..

Adresa: ………………………………………………………………………………………….

Prosíme, vypište diagnosy

Uveďte, prosím, medikaci, spolupráci, další doporučení, či cokoliv, co považujete za vhodné a důležité

Pokud máte doporučení, prosím, napište jej níže

Datum:…………………… Podpis a razítko lékaře: ………………………

ZA VYPLNĚNÍ DĚKUJEME.