

KARTA KLIENTA S VYJÁDŘENÍM LÉKAŘE*

PŘÍJMENÍ	JMÉNO	RODNÉ ČÍSLO	POJIŠTOVNA	
BYDLIŠTĚ		TELEFON		
KONTAKTNÍ OSOBA - PŘÍBUZENSKÝ VZTAH		JMÉNO A PŘÍJMENÍ		
		TELEFON		
OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ - SPECIALIZACE		JMÉNO A PŘÍJMENÍ		
		SÍDLO ORDINACE		
VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE	HLAVNÍ DIAGNOZA			VEDLEJŠÍ DIAGNOZY
	SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ A PSYCHICKÝ STAV			
	SMYSLOVÉ OMEZENÍ			
	MOBILITA			
	INKONTINENCE/MOČ, STOLICE			
	RTG VYŠETŘENÍ PLIC			
	VÝTĚR RECTUM			
	UŽÍVANÉ LÉKY - DÁVKOVÁNÍ			
	DIETA	ALERGIE	REHABILITACE (ROZSAH-OMEZENÍ)	MASÁŽE
	DALŠÍ DŮLEŽITÁ UPOZORNĚNÍ			
PÉČE V DOMOVĚ OD:		PÉČE UKONČENA/DŮVOD		

* vyplňte pouze tučně vytištěné, ostatní vyplní lékař