



## Nemocnice AGEL Podhorská a.s.

se sídlem Hornoměstská 549/16, Rýmařov, PSČ: 795 01,  
IČO: 47668989, zapsaná v obchodním rejstříku  
vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl B, vložka 3014

(dále jen „**Poskytovatel**“)

### VOJÁDŘENÍ LÉKAŘE o zdravotním stavu žadatele

pro účely posouzení žádosti o poskytnutí sociálních služeb poskytovaných ve  
zdravotnickém zařízení lůžkové péče Poskytovatelem

#### I. Osobní údaje žadatele:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa bydliště: .....

#### II. Objektivní nález:

Potvrzuji, že

- a) zdravotní stav výše uvedeného žadatele **vyžaduje\*) – nevyžaduje\*)** poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) výše uvedený žadatel **má\*) – nemá\*)** diagnostikovanou akutní infekční nemoc, kvůli které není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb,
- c) výše uvedený žadatel **trpí\*) – netrpí\*)** duševní poruchou, v důsledku které by chování žadatele závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

Vyjádření lékaře se vydává na žádost žadatele pro účely posouzení jeho žádosti o poskytnutí sociálních služeb poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče výše uvedeného Poskytovatele.

Níže podepsaný lékař potvrzuje úplnost, správnost a pravdivost všech informací uvedených v tomto vyjádření.

.....

datum vystavení

.....

jméno, příjmení a podpis lékaře a razítko poskytovatele zdravotních služeb

\*) nehodící se volbu škrtněte nebo hodící se volbu zakroužkujte