



**Platnost dokumentu: od 1. 6. 2018**, dokument nahrazuje a plně ruší předchozí dokument.

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

### PRO ZÁJEMCE O SLUŽBU SOCIÁLNÍ REHABILITACE POBYTOVÁ

Účel dokumentu: základní informace o žadateli pro Poskytovatele o splnění cílové skupiny a vyloučení přenosných chorob.  
Příloha k žádosti o službu.

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Zdravotní postižení: (typ, druh).....

Související informace: (např. smyslové, tělesné vady).....

Další důležité informace:

Zájemce o sociální službu **trpí/netrpí** (nehodící se škrtněte) přenosným infekčním onemocněním, pro které by bylo nutno přijmout mimořádné hygienické opatření.

Jiné sdělení podstatné pro průběh sociální služby v kolektivu:  
.....

Datum:

Podpis lékaře: