**Zpráva lékaře k účasti na letním integrovaném pobytu nejen pro děti a mladé dospělé s handicapem**

(vyplňte laskavě hůlkovým písmem)

Prosíme lékaře o přesné a podrobné vyplnění údajů. Náš lékař pak může lépe navázat na péči.

**Jméno a příjmení pacienta, datum narození:** ……………………………………………………………………………………………………………..

**Podle zdravotních záznamů uvádím, že pacient měl tyto nemoci:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Byl řádně očkován proti:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Alergie na:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Léky – pravidelně užívané:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dieta a jídelní omezení:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Injekční léčba během pobytu:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Záchvatová onemocnění:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Požadavek zvláštní zdravotní péče:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Další podmínky a informace:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**V souladu se zdravotními předpisy rozhoduji závazně, že se pacient může zúčastnit**

**pobytu pro děti a mládež s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením.**

Datum: ……………………. Razítko a podpis lékaře: ………………………………