

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: