

	<p><b>NEMOCNICE ČESKÝ TĚŠÍN A.S.</b></p> <p>se sídlem Ostravská 783, Český Těšín, PSČ: 737 01, IČO: 25897551, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl B, vložka 2547 (dále jen „<b>Poskytovatel</b>“)</p>

## VYJÁDŘENÍ 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 sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče výše uvedeného Poskytovatele.

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

Dne .....  
datum vystavení                      jméno, příjmení a podpis lékaře a razítko poskytovatele zdravotních služeb

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