

МЕДИЦИНСКО УДОСТОВЕРЕНИЕ

за общо здравословно състояние

1. Име, презиме и фамилия
2. Адрес гр./с/.....ул.....№.....бл.....вх.....ет.....ап.....
л.п. №.....изд.на.....от.....ЕГН.....
3. Неврологичен статус.....
.....
4. Говор.....
5. Състояние на сетивата.....
6. Психически статус.....
7. Общо състояние.....
.....
8. Диагноза.....
.....
9. Хронични заболявания.....
10. Възможност за самообслужване, степен на подвижност.....
.....
11. Диета.....

Лицето е /не/ подходящо за обслужване от Общинско социално предприятие „Домашен социален патронаж” гр. Аксаково.

Дата:.....

Личен лекар:

/..... /

печат