**Zpráva od praktického lékaře pro potřeby sociální služby**

**Jméno žadatele: ………………………………………………………………………………………...**

**Rodné číslo: ……………………………………………………………………………………………..**

**Zdravotní pojišťovna: …………………………………………………………………………………...**

|  |  |
| --- | --- |
| **pásmo mentálního postižení** |  |
| **jiné zdravotní postižení** |  |
| **medikace** |  |
| **jiné důležité informace** |  |
| **jména a obor specializova- ných lékařů, u kterých se žadatel léčí** |  |
| **poznámka** |  |