**L E K Á R S K E V Y Š E T R E N I E**

***žiadateľa o poskytnutie sociálnej služby***

*Zdravotná poisťovňa:*

***Meno a priezvisko :***

***Dátum narodenia :***

***Miesto narodenia :***

***Adresa trval. bydliska :***

***Vyjadrenie lekára (vyjadrenie, pečiatka, dátum a podpis):***

***Vážený pán doktor/ka, prosím aby ste do svojho stanoviska uviedli, či žiadateľ o poskytnutie sociálnej služby môže byť ubytovaný v kolektíve.***

* ***kožného :***
* ***pľúcneho :***
* ***infekčného :***
* ***psychiatra :***

***L E K Á R S K E V Y Š E T R E N I E***

***prijímateľa poskytovanej sociálnej služby***

*Zdravotná poisťovňa:*

***Meno a priezvisko : .......................................................................................................***

***Dátum narodenia : .............................. Miesto narodenia : .................................***

***Adresa trval. bydliska : .................................................................................................***

***Stanovisko lekára : ( vyjadrenie, pečiatka, dátum a podpis )***

***V ............................... dňa ............................***