



## VYJÁDŘENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE K PŘIJETÍ DO DENNÍHO STACIONÁŘE NADĚJE ZLÍN

Vážený pane doktore,

žádáme Vás o vyjádření, zda zdravotní stav pana / paní .....,  
narozeneho / narozene dne ....., bytem  
....., odpovídá cílové skupině sociální  
služby denní stacionář pro osoby s Alzheimerovou chorobou nebo jiným dru-  
hem demence.

Denní stacionář je ambulantní sociální služba s denním pobytem maximálně od  
7 do 16,30 hodin pro výše uvedenou cílovou skupinu, bez zajištění trvalé ošet-  
řovatelské péče.

**Prosíme také o stanovení a sdělení stupně demence jmenovaného žadate-  
le.**

Děkujeme.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ve ..... dne .....

Razítko a podpis lékaře: .....