

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK	
Jméno a příjmení	
Rodné příjmení	Datum narození:
Rodné číslo	
Bydliště	
	PSČ:
Kontaktní adresa	
	PSČ:

**OSOBNÍ DATA:**

Pojišťovna:

Stěhování do/  
Pracovní místo:

Lékař:  
- Poznámky:

Kontaktní osoba:

Alergie:

Diagnóza:

**Shrnutí lékařské anamnézy a aktuálního zdravotního stavu:**

**Aktuální informace k zajištění péče:**

Aktuální seznam léků, včetně ATB – (Kopie lékařské dokumentace)

---

**Poslední léky:**

**Rozpis léků:**

**Podávání inzulínu :**

**Stolice:**

**Převaz:**

**Potvrzuji, že jsem společně s klientem do zařízení předal následující:**

- 
- 
- 

**Doplňující – Výživová anamnéza:**

---

**Ostatní:**

---

–

V:.....dne:.....

---

Razítko a podpis lékaře:.....