

Žiadosť o prijatie do ZOS ambulantná forma

Meno a priezvisko pacienta:

Bydlisko pacienta (ulica, PSČ):

Stav pacienta:

(prosím označte aktuálny stav)

orientovaný: Áno Nie

čiastočne orientovaný: Áno Nie

dezorientovaný: Áno Nie

chodiaci: Áno Nie

sediaci: Áno Nie

ležiaci: Áno Nie

Hlavné diagnózy (napr. stav po porázke, Alzheimerova choroba...):

Termín:

Kontaktná osoba (meno a priezvisko):

Telefonický kontakt: