**Potvrdenie lekára**

Meno a priezvisko: ..................................................................... nar.: .......................................

Adresa bydliska ...........................................................................................................................

 **Týmto potvrdzujem, že menovaný/a**

1. **neprejavuje** príznaky akútneho ochorenia a  **nie je** nositeľom žiadneho prenosného ochorenia a **nebola** mu/jej nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy,

2. **netrpí** žiadnym zdravotným postihnutím indikovaným v špecializovanom zariadení (Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS, organický psychosyndróm ťažkého stupňa), resp. z doterajších vyšetrení sa uvedené ochorenie u menovaného/menovanej nepotvrdilo.

Toto potvrdenie sa vydáva pre účely prijatia žiadateľa do zariadenia opatrovateľskej služby.

V .................................. dňa ...............

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

 podpis lekára, odtlačok pečiatky