



Městské středisko sociálních služeb
Oáza

T. G. Masaryka 1424
549 01 Nové Město nad Metují
IČ: 62730631

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

pro účely poskytování služby v Centru denních služeb Domovinka

Jméno a příjmení:

Bydliště:.....

Datum narození:.....

Výše uvedený žadatel o službu v Centru denních služeb má – nemá* zdravotní potíže, které mu zabraňují v aktivitách jako je cvičení na židli pod vedením personálu (cvičí se i s balony a cvičícími gumami aj.), nácvik chůze či rehabilitaci na Motomedu bez dohledu personálu.

V případě, že žadatel má indikovány zdravotní opatření omezující rehabilitaci a cvičení, např. z důvodu kardiovaskulárního onemocnění, astmatu apod. napište prosím konkrétně jaké:

Datum:

Podpis lékaře:

*Prosím správnou odpověď zakroužkovat.