

МЕДИЦИНСКА ХАРАКТЕРИСТИКА

от личен лекар
за ползване на социални услуги в общността-
Домашен социален патронаж

на ЕГН.....
настоящ адрес гр. (с)..... община
ул..... №....., бл., вх., ет.,

Анамнеза
Неврологичен статус
Говор
Състояние на сетивата
Хронични заболявания
Навици и поведение

Диагноза
.....
.....

Лицето подходящо ли е за ползване на социална услуга от „Домашен социален патронаж” – Доставка на храна:

- ДА ,
- НЕ.

Дата 20.....г.

Подпис и печат: