



Inkontinence stolice:	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
	v noci	ANO	NE

Potřebuje lékařské ošetření :	ošetření praktickým lékařem	ANO, NE
	ošetření odborným lékařem	ANO, NE

Je pod dohledem specializovaného oddělení (jakého – prosím napište)

### 7. Užívané léky a dávkování, alergie

### 8. Jiné důležité údaje

Dne: .....

Podpis a razítko vyšetřujícího lékaře: .....

### 9. VÝSLEDKY ODBORNÝCH VYŠETŘENÍ

A ) ortopedického ( případný návrh na rehabilitační péči )

B ) neurologického

C) psychiatrického

D) interního

E) jiného – prosím napište

V ..... Razítko, podpis .....