**Arcidiecézna charita Košice, Krízové centrum pre matky s deťmi, Poľná 1, Košická Nová Ves**

***L E K Á R S K E V Y Š E T R E N I E***

***žiadateľa o ubytovanie***

***Meno a priezvisko : .......................................................................................................***

***Dátum narodenia : .............................. Miesto narodenia : .................................***

***Rodné číslo : ....................... / ............... Číslo obč. preukazu : ..............................***

***Adresa trval. bydliska : .................................................................................................***

***Stanovisko lekára : ( vyjadrenie, pečiatka, dátum a podpis )***

***Vážený pán lekár/ka, prosím aby ste do svojho stanoviska uviedli, či klient môže byť ubytovaný v kolektíve.***

* ***kožného :***
* ***pľúcneho :***
* ***infekčného :***
* ***psychiatra :***

***V ............................... dňa ............................***

 ***––––––––––––––––––––***

 ***podpis žiadateľa***