

Datum zahájení poskytování zdravotních služeb:.....

Forma zdravotní péče (pro každý obor):¹

Ambulantní péče
Jednodenní péče
Lůžková péče
Zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Popř. Druh zdravotní péče²:

Léčebně rehabilitační péče
Ošetrovatelská péče
Paliativní péče

Místo poskytování zdravotních služeb:

.....
ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....
obec:.....PSČ.....Okres:.....
Telefon:

Místo poskytování zdravotních služeb³:

.....
ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....
obec:.....PSČ.....Okres:.....
Telefon:

V.....dne.....

Jméno a podpis.....

¹ nehodící se škrtněte

² nehodící se škrtněte

³ v případě více míst vytiskněte další přílohu č.1