

## ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE

Adresa: .....  
.....  
.....

Meno a priezvisko lekára: .....

Telefónne číslo lekára: .....

## LEKÁRSKY POSUDOK

pre záujemcu o opatrovanie seniorov v zahraničí

Priezvisko a meno: .....

Rodné číslo: .....

Bydlisko: .....

---

### Žiadateľ/-ka o lekárske potvrdenie je v súčasnosti:

Fyzicky zdatný/-á opatrovať seniora 24hod  áno  nie  s obmedzením\*

Psychicky spôsobilý/-á opatrovať seniora 24hod  áno  nie  s obmedzením\*

Infekčne chorý/-á  áno  nie

Závislý/-á na alkohole  áno  nie  nie, bol v minulosti

Závislý/-á na psychotropných látkach  áno  nie  nie, bol v minulosti

Očkovaný/-á všetkými povinnými očkovaniami  áno  nie  s obmedzením\*

Alergický/-á na .....  
A i W

\*Ak ste vyznačili túto možnosť uvedte prosím o aké obmedzenie ide.

Iná dôležitá informácia/obmedzenie:

.....  
Dátum/ Mesto

.....  
pečiatka a podpis lekára

Potvrdenie sa vydáva pre firmu AIW k.s., Sídlo: Šustekova 49, 851 04 Bratislava  
Tel 00421-2-67 20 20 20, Fax 00421-2-67 20 20 22, [aiw@aiw.sk](mailto:aiw@aiw.sk), [www.aiw.sk](http://www.aiw.sk)

Poučenie:

Protí lekárske mu posudku je možné odvolať sa písomne do 15 dní odo dňa doručenia k riaditeľovi hore uvedeného zdravotníckeho zariadenia.