



Město Velký Šenov

Městský úřad Mírové náměstí 342, 407 78 Velký Šenov

VYJÁDŘENÍ OBVODNÍHO LÉKAŘE (k žádosti o přijetí do DPS Velký Šenov)

Jméno a příjmení :

Rodné číslo :/..... **Datum narození :**

Diagnosy :

Současná terapie :

Dieta :

Očkování proti tetanu (datum) :

Soběstačnost při běžných denních úkonech :

- Soběstačný*
- S asistencí*
- Nesoběstačný*

Chůze :

- bez pomoci*
- s pomocí druhé osoby*
- s holí / chodítkem*
- neschopen chůze*

Mentální stav a schopnost soužití v kolektivu :

Inkontinence :

- moči*
- vložky*
- stolice*
- vložné pleny*
- plenkové kalhotky*

Další zvláštní upozornění pro personál :

Datum :

Podpis a razítko lékaře :

Podpis žadatele :