# 

**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
* stolice
* vložky
* vložné pleny
* plenkové kalhotky

**Další zvláštní upozornění pro personál :**

**Datum : Podpis a razítko lékaře :**

**Podpis žadatele :**