

**VYJÁDŘENÍ OBVODNÍHO LÉKAŘE**  
**( k žádosti o přijetí do DPS Šluknov)**

**Jméno a příjmení:** .....

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

---

**Diagnosy:**

**Současná terapie:**

**Dieta:**

**Očkování proti tetanu:**

**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 lékaře:**

(vhodnost umístění v DPS, kde je provoz pečovatelské služby v pracovní dny od 6,30hod. - 15,00hod.)

**Datum**

**Podpis a razítko lékaře**

**Podpis žadatele**