**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O UMÍSTĚNÍ DO DPS V KAŠPERSKÝCH HORÁCH**

Žadatel**:** jméno a příjmení:

OP: Datum narození:

Bydliště:

Duševní stav – projevy narušující kolektivní soužití

Je upoután trvale na lůžko ANO NE\*

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Jiné údaje:

 Dne:

podpis ošetřujícího lékaře – razítko

*\*nehodící se škrtněte*