|  |
| --- |
| **Vyjádření ošetřujícího lékaře** |

Příloha k žádosti o přidělení bytu zvláštního určení

|  |
| --- |
| Žadatel (příjmení a jméno) |
| Datum narození: |
| Bydliště: |
| Aktuální zdravotní stav1. **Pohyblivost:**

pohyblivý nepohyblivý částečně pohyblivý 1. **Je schopen sám sebe obsloužit:**

ANO NE částečně s dopomocí1. **Žadatel je pod dohledem specializovaného oddělení:**

plicní ANO NEneurologické ANO NEpsychiatrické ANO NEortopedické ANO NEchirurgické ANO NEinterní ANO NEdiabetické ANO NEprotialkoholní ANO NEjiné ANO NE jaké:  |
| **Vyjádření ošetřujícího lékaře ke vhodnosti umístění do DPS:****………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. doporučuji umístění v DPS neporučuji umístění v DPS  z důvodu:je schopen kolektivního soužití není schopen kolektivního soužití |
|  |
| Datum: podpis a razítko lékaře:  |