

DOMOV PRO SENIORY KLIMKOVICE**příspěvková organizace**

Jarmily Glazarové 245, 742 83 Klimkovice, IČ: 70867844

Žádost o přijetí

| | | | |
|---|------------------|-----------------------|-----------------|
| Jméno, příjmení, titul: | | Telefon: | |
| Rodné jméno: | | Narozen: | |
| Bydliště: | | | |
| Rodinný stav: | | Rodné číslo: | |
| Státní příslušnost: | | Zdravotní pojišťovna: | |
| Kontakt na osoby blízké | | | |
| Jméno a příjmení | Vztah k žadateli | Adresa | Telefonní číslo |
| | | | |
| | | | |
| Pokud zájemce není schopen ze zdravotních důvodů jednat sám, žádá, aby za něj ve věci žádosti a umístění jednal(a) jméno a příjmení, vztah k žadateli: | | | |
| Bydliště: | | Telefon: | |
| Pobíráte příspěvek na péči: ANO* NE* v jakém stupni: Nepobírám z důvodu: nežádáno* zažádáno dne: nepříznán ze dne: | | | |
| Uveďte jméno osoby – povinné výživou vůči žadateli služby (manžel, manželka, děti), která uhradí případně chybějící částku na úhradě za služby z důvodu nedostatečné výše příjmu žadatele | | | |
| příjmení | jméno | Příbuzenský vztah | podpis |
| | | | |
| | | | |

Ošetřující lékař:

Adresa:

tel:

Čím žadatel zdůvodňuje nutnost svého umístění v domově. Co očekává, jaké má přání, představy, jakou podporu a pomoc potřebuje. Popište, v čem žadateli můžeme pomoci.

Všechny informace v této žádosti jsou důvěrné a poskytovatel služeb se zavazuje nesdělovat tyto informace třetí osobě.

Osobní údaje uvedené v tomto formuláři jsou zpracovávány dle zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, § 9 ods.f

Datum:

podpis:

- nehodící se škrtněte

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o umístění
do Domova pro seniory Klimkovice**

| |
|---|
| <p>Žadatel(ka) příjmení a jméno:</p> <p>Narozen(a):</p> <p>Bydliště:</p> |
| <p>Anamnéza (rodinná, osobní):</p> |
| <p>Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):</p> |
| <p>Duševní stav (popřípadě i projevy narušující kolektivní soužití):</p> |
| <p>Diagnóza (česky)</p> <p>a) hlavní</p> <p>b) ostatní choroby nebo chorobné stavy</p> |
| <p>Přílohy: V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu. Na návrh ošetřujícího lékaře vyšetření neurologické, psychiatrické, ortopedické.</p> |

| | | | |
|--|--------------|-------------------------------|----------------|
| Žadatel(ka) | | | |
| Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci | | ano* | ne* |
| Je upoután(a) na lůžko | trvale* | převážně* | není upoutána* |
| Používá kompenzační pomůcku jakou: | | ano* | ne* |
| Je schopen(a) sám/sama sebe obsloužit | | ano* | ne* |
| Inkontinence | trvalá* | občasná* | v noci* |
| Potřebuje lékařské ošetření | trvale* | občas* | |
| Komunikace | dobrá* | obtížná* | nekomunikuje* |
| Jídlo a pití | jí sám | ano* | ne* |
| Dieta: | | | |
| Potřebuje jídlo nějak upravit jak: | | ano* | ne* |
| Toaletu zvládá | sám* | s pomocí druhé osoby* | nezvládá* |
| Oblékání | zvládne sám* | zvládne s pomocí druhé osoby* | nezvládne* |
| Je pod dohledem specializovaného oddělení jakého: | | ano* | ne* |
| Jiné údaje: | | | |
| Jméno a adresa ošetřujícího lékaře: | | | |
| Datum: | | | |
| Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře: | | | |

* nehodící se škrtněte