

# ŽÁDOST

o přijetí do Domova pro seniory  
Pražská 273/I, 471 24 Mimoň  
tel. 487 864 669

Razítko Sociální služby města Mimoň

|   |                        |  |                    |
|---|------------------------|--|--------------------|
| <b>Rodné číslo žadatele:</b>  |                        |  |                    |
| <b>Příjmení žadatele:</b>   | <b>Rodné příjmení:</b> | <b>Jméno:</b>  | <b>Titul:</b>      |
| <b>Narození: (den, měsíc, rok)</b>  | <b>Místo:</b>          | <b>Okres:</b>  |                    |
| <b>Trvalé bydliště:</b>   |                        |  |                    |
| <b>V současné době:</b>   |                        |  |                    |
| <b>Státní příslušnost:</b>  | <b>Národnost:</b>      | <b>Druh důchodu:</b>   | <b>Měsíčně Kč:</b> |
| <b>Rodinný stav: *)</b><br><input type="checkbox"/> svobodný(a) <input type="checkbox"/> ženatý <input type="checkbox"/> vdaná <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> rozvedený(a) <input type="checkbox"/> rozloučený(a) <input type="checkbox"/> ovdovělý(a) <input type="checkbox"/> žije s druhem/s družkou |                        |  |                    |
| <b>Příspěvek na péči: *)</b><br><input type="checkbox"/> žádný <input type="checkbox"/> v řízení <input type="checkbox"/> lehká závislost <input type="checkbox"/> středně těžká závislost <input type="checkbox"/> těžká závislost <input type="checkbox"/> úplná závislost  |                        |  |                    |
| <b>Jiný pravidelný příjem žadatele: *)</b><br><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <b>částka:</b>   |                        | <b>Ochota rodiny dopláct úhradu za pobyt? *)</b><br><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nemám příbuzné |                    |
| <b>Do DD chci nastoupit co nejdříve: *)</b> <input type="checkbox"/> ANO<br><input type="checkbox"/> NE (až v případě, že to budu potřebovat) předpokládaný datum:<br>V případě dopovědi NE bude žádost zařazena do neaktivních žádostí – pouze evidována   |                        |  |                    |
| <b>Rozsudek o zbavení nebo omezení způsobilosti k právní úkonům:*)</b> <input type="checkbox"/> NE<br><input type="checkbox"/> ANO <b>Doložte prosím, kopii rozhodnutí o zbavení nebo omezení způsobilosti k právní úkonům a kopii o ustanovení opatrovníka.</b>  |                        |  |                    |
| <b>Proč chcete nastoupit k nám do Domova pro seniory?</b>   |                        |  |                    |

\*) vyberte jednu z možností a označte křížkem

|   |
|---|
| <b>Co od nás očekáváte?</b>   |
| <b>Jiná kontaktní osoba</b> (příbuzní, osoba blízká ...) telefon/adresa:  |
| <b>Další důležitá sdělení:</b>  |
| <b>Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady za vzniklé škody, event. i propuštění ze zařízení.</b><br><b>V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zajišťování, shromažďování a uchovávání mých osobních a citlivých údajů pro posouzení mé žádosti, a to až do doby její archivace a skartace.</b> |
| <b>Dne:</b> _____<br>čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce  |

Žádost je kompletní pouze s vyplněním „**Vyjádřením lékaře**“ ne starším jednoho měsíce.

**Pokud dojde ke změně jakéhokoli údaje či zdravotního stavu uvedeného v žádosti, nahlase ji, prosím neprodleně, písemně, na adresu Sociální služby města Mimoň, Pražská 273/1, Mimoň 471 24.**

**Potřebné doklady k vyřízení žádosti:**

- 1) vyplněná „**Žádost o přijetí do Domova pro seniory**“
- 2) vyplněné „**Vyjádření lékaře**“
- 3) výměr o výši důchodu nebo kontrolní ústřížek z poštovní poukázky
- 4) rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči

\*) vyberte jednu z možností a označte křížkem

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

## O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O UMÍSTĚNÍ DO **DOMOVA PRO SENIORY**

|   |                 |          |
|---|-----------------|----------|
| RODNÉ ČÍSLO ŽADATELE:   |                 |          |
| <b>OSOBNÍ ÚDAJE O ŽADATELI :</b>  |                 |          |
| PŘÍJMENÍ:   | RODNÉ (u žen):  | JMÉNO:   |
| DATUM NAROZENÍ: (dd.mm.rrrr)  | MÍSTO NAROZENÍ: |          |
| BYDLIŠTĚ:   | ULICE:          | MĚSTO:   |
| PŠČ:  | OKRES:          | TELEFON: |
| <b>ANAMNÉZA: (RODINNÁ, OSOBNÍ)</b>  |                 |          |
| <b>OBJEKTIVNÍ NÁLEZ:</b> (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis) |                 |          |
| <b>DIAGNÓZA (ČESKY):</b> Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního <input type="text"/>   |                 |          |
| a ) hlavní      b ) ostatní choroby nebo chorobné stavy   |                 |          |
| <b>DUŠEVNÍ STAV:</b>  |                 |          |
| <b>PROJEVY NARUŠUJÍCÍ KOLEKTIVNÍ SOUŽITÍ</b> (agresivita, orientace v čase, noční aktivita...)        |                 |          |

### PŘÍLOHY

- popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a TBC
- výsledky vyš. na bacilonosičství
- podle potřeby na návrh ošetřujícího lékaře – výsledky vyš. neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popřípadě laboratorních vyšetření

\*) vyberte jednu z možností a označte křížkem

**ÚDAJE O SOBĚSTAČNOSTI:**

|                                    |                                      |  |   |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| najedení, napití                   | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| oblékání                           | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| osobní hygiena                     | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| koupání                            | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| použití WC                         | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| chůze po schodech                  | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            | <input type="checkbox"/> neprovede            |
| chůze po rovině                    | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            | <input type="checkbox"/> neprovede            |
| přesun na lůžko (židli)            | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            | <input type="checkbox"/> neprovede            |
| kontinence moči                    | <input type="checkbox"/> kontinentní | <input type="checkbox"/> občas inkontinentní | <input type="checkbox"/> trvale inkontinentní |
| kontinence stolice                 | <input type="checkbox"/> kontinentní | <input type="checkbox"/> občas inkontinentní | <input type="checkbox"/> trvale inkontinentní |
| trvalé upoutání na lůžko           |                                      | <input type="checkbox"/> ANO                 | <input type="checkbox"/> NE                   |
| schopen sám pravidelně užívat léky |                                      | <input type="checkbox"/> ANO                 | <input type="checkbox"/> NE                   |
| potřeba lékařského ošetření        |                                      | <input type="checkbox"/> trvale              | <input type="checkbox"/> občas                |
| držitel průkazu                    | <input type="checkbox"/> TP          | <input type="checkbox"/> ZTP                 | <input type="checkbox"/> ZTP/P                |

**JINÉ DŮLEŽITÉ ÚDAJE VZHLEDEM K SOBĚSTAČNOSTI:****JINÉ ÚDAJE:**

Je pod dohledem speciálního oddělení?

Potřebuje zvláštní péči? Jakou?

DNE: .....

lékaře

\_\_\_\_\_ podpis a razítko ošetřujícího

\*) vyberte jednu z možností a označte křížkem