

ŽÁDOST

o přijetí do Domova pro seniory
Pražská 273/I, 471 24 Mimoň
tel. 702 054 451

Razítko Sociální služby města Mimoň

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

*) vyberte jednu z možností a označte křížkem

Co od nás očekáváte?
Jiná kontaktní osoba (příbuzní, osoba blízká ...) telefon/adresa:
Další důležitá sdělení:
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. 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.
Dne: _____ 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:		
OSOBNÍ ÚDAJE O ŽADATELI :		
PŘÍJMENÍ:	RODNÉ (u žen):	JMÉNO:
DATUM NAROZENÍ: (dd.mm.rrrr)	MÍSTO NAROZENÍ:	
BYDLIŠTĚ:	ULICE:	MĚSTO:
PŠČ:	OKRES:	TELEFON:
ANAMNÉZA: (RODINNÁ, OSOBNÍ)		
OBJEKTIVNÍ NÁLEZ: (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)		
DIAGNÓZA (ČESKY): Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního <input type="text"/>		
a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy		
DUŠEVNÍ STAV:		
PROJEVY NARUŠUJÍCÍ KOLEKTIVNÍ SOUŽITÍ (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