



otisk podacího razítka

žádost domovu podána dne:

Žádost o poskytnutí pobytové služby

(žádost o umístění v Seniorcentrum OASA s.r.o.)

I. Žadatel (osoba, které má být služba poskytována) :

Příjmení :	Jméno :	Titul :
Rodné příjmení :	Datum narození:	Stát. příslušnost :
Trvalý pobyt :	PSČ :	
Místo současného pobytu :		
Zdravotnické nebo jiné zařízení kde žadatel pobývá :		
Telefon :	E-mail :	

II. Zástupce žadatele (v případě, že žádost podává jiná osoba, opatrovník, zmocněnec žadatele):

Příjmení :	Jméno :	Titul :
Rodné příjmení :	Datum narození :	Stát. příslušnost :
Trvalý pobyt :		
Telefon :	E-mail. :	

III. Zařízení ve kterém má žadatel zájem být umístěn:

A) Domov pro seniory	ano - ne*)
B) Byt se zajištěním pečovatelských služeb	ano - ne*)
Vysvětlivky:	

I. Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte v případě, že se liší od příjmení.

Kolonku **Místo současného pobytu** vyplňte v případě, že se liší od místa trvalého pobytu.

II. Vyplňte pouze v případě, že žadatel **není schopen** ze zdravotních důvodů **žádost podat sám**. Opatrovnictví nebo zmocnění žadatelem je nutné **doložit dokladem** (usnesení soudu, plná moc).

*) Nehodící se škrtněte

IV. Příjmy žadatele:

Druh důchodu : starobní – invalidní *)	Měsíčně Kč :		Splatnost :	Forma úhrady : Bankovní účet- složenkou *)
Příspěvek na péči : ano - ne*)	Měsíčně Kč :		Byla podána žádost o příspěvek :	ano - ne*)
Jiný příjem žadatele : ano - ne*)	Měsíčně Kč :		Jaký :	

V. Osoby žijící ve společné domácnosti s žadatelem:

Jméno a příjmení osoby	Příbuzenský vztah	Adresa	Telefon
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

VI. Osoby blízké žijící mimo společnou domácnost:

Jméno a příjmení osoby	Příbuzenský vztah	Adresa,	Telefon
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

VII. Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění v domově:

<p><i>Proč rodinní příslušníci sami nemohou pečovat o žadatele :</i></p>			
<i>Je žadateli poskytována pečovatelská služba :</i>		ANO - NE*)	
<i>Uvedte, jak naléhavý je váš nástup, který předpokládáte v roce :</i>		<i>V měsíci :</i>	

*) Nehodící se škrtněte

VIII. Ostatní údaje:

1. Kdo má být informován o vážném onemocnění nebo úmrtí žadatele, bude-li do zařízení přijat? (jméno, adresa, tel.)

.....

2. Jméno, adresa a telefon osoby (instituce), která má vypravit pohřeb :

.....

3. Byl žadatel již dříve umístěn v některém zařízení-domově? ANO - NE (nehodící škrtněte)

Ve kterém od do

..... od do

4. Důvod odchodu z předchozího Domova pro seniory ?

IX. Prohlášení žadatele:

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

V dne:

.....
podpis žadatele nebo jeho zástupce

Přílohy

1. Vyjádření lékaře, že žadatel není schopen podpisu :	ANO - NE*)
2. Usnesení soudu o ustanovení opatrovníka žadateli :	ANO - NE*)
3. Zplnomocnění jiné osoby žadatelem k podání žádosti :	ANO - NE*)
4. Kopie Ustanovení zvláštního příjemce	ANO - NE*)

*) Nehodící se škrtněte



POSUDEK registrujícího PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

O zdravotním stavu žadatele
o umístění v zařízení

razítko Seniorcentra

rodné číslo žadatele

1. Žadatel (osoba, které má být služba poskytována):

Příjmení:

Jméno:

Trvalý pobyt:

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní) :

3. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis) :

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití) :

5. Diagnóza (česky) :

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

6. Přílohy

a) **popis rtg. snímku plic.** V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu

b) podle potřeby výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.

*) Nehodící se škrtněte

7. Soběstačnost žadatele:		
Je schopen chůze bez cizí pomoci :		ANO - NE*)
Je upoután na lůžko trvale – převážně :		ANO - NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit :		ANO - NE*)
Je orientován :	• osobou	ANO - NE*)
	• místem	ANO - NE*)
	• časem	ANO - NE*)
Inkontinence :	• trvalá	ANO - NE*)
	• občasná	ANO - NE*)
	• v noci	ANO - NE*)
Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ :		ANO - NE*)
např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.)		
Potřebuje zvláštní péči - jakou :		ANO - NE*)
8. Dle ustanovení § 36 vyhl. 505/2006 Sb.:		
a) zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení		ANO - NE*)
b) žadatel je postižen akutní infekční nemocí		ANO - NE*)
c) chování žadatele z důvodu duševní poruchy narušuje kolektivní soužití		ANO - NE*)
9. Jiné údaje:		
Dne	razítko ZZ podpis lékaře s jmenovkou

*)Nehodící škrtněte