

Žádost o poskytování sociální služby

ŽADATEL(KA)

PŘÍJMENÍ:.....

JMÉNO:.....Titul:.....

DATUM NAROZENÍ:.....

RODNÉ ČÍSLO:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ:.....

TEL.ČÍSLO:.....

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům)

Jméno a příjmení:.....

Rozhodnutím soudu ze dne:.....č.j.

ČÍM ZDŮVODŇUJETE POTŘEBU UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KONTAKT NA OSOBU, KTERÁ VÁM POMÁHÁ S NÁSTUPEM DO DOMOVA

JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL:.....

PŘÍBUZENSKÝ POMĚR K ŽADATELI:.....

ADRESA/BYDLIŠTĚ:.....

TEL.ČÍSLO, E-MAIL:.....

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (zákonného zástupce):

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 vzniklé škody, event. i ukončení pobytu.

Dne.....

.....
Vlastnoruční podpis žadatele
nebo jeho zákonného zástupce

PŘÍLOHY K ŽÁDOSTI:

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele (max. 3 měsíce staré)

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:.....

RODNÉČÍSLO:.....

ZDR. POJIŠŤOVNA.....

TRVALÉ BYDLIŠTĚ:.....

A. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení o status localis)

B. Diagnóza (česky, DG hlavní i ostatní chorob. stavy, vč. statistické zn. hlavní choroby dle mezinárodního seznamu)

C. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

D. Je pod dohledem speciálního oddělení? (je vhodné připojit výsledky vyšetření)

E. Očkování TAT a ostatní (**POVINNÝ ÚDAJ**)

Je orientovaný? (čas, místo, prostor)

Noční aktivita?

Je zjištěn návyk na alkohol?

Projevy narušující kolektivní soužití?

Je agresivní?

Jiné důležité údaje:

Je nutné dietní opatření:

jaké:

Najedení, napití	sám	s	pomocí
Oblékání	sám	s	pomocí
Osobní hygiena	sám	s	pomocí
Koupání	sám	s	pomocí
Použití WC	sám	s	pomocí
Chůze po schodech	sám	s	pomocí
Chůze po rovině	sám	s	pomocí
Přesun na lůžko, židli	sám	s	pomocí
Kontinence moči	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní
Kontinence stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní

Je schopen sám užívat léky? (aplikace inzulínu apod.)

Dohled jiné osoby, v čem?

Jiné důležité údaje vzhledem k soběstačnosti:

Dne

.....

razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Přílohy:

- a) Popis rtg. snímku plic ne starší tři měsíců – před nástupem do Domova, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.
- b) Výsledky vyšetření na bacilonosičství – pokud je indikováno.
- c) Výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického (POVINNÝ ÚDAJ K ŽÁDOSTI), ortopedického, eventuálně dalších.