

Žádost o poskytování sociální služby

Domova Velké Březno, příspěvkové organizace

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:.....
RODNÉ ČÍSLO:.....
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	neprovede
Chůze po rovině	sám	s pomocí	neprovede
Přesun na lůžko, židli	sám	s pomocí	neprovede
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