

Žádost o umístění do zařízení sociálních služeb – Domovy pro seniory

Do Domova pokojného stáří v Ostrově

..... Převzala žádost, podpis a razítko Domova pokojného stáří, Ostrov	Datum podání žádosti
--	--

1. Žadatel:		
Příjmení (rodné příjmení)	Jméno	

2. Narozen:		
Den, měsíc, rok	místo	okres

3. Bydliště:		
--------------------	--	--

4. Státní příslušnost:.....		
-----------------------------	--	--

5. Příspěvek na péči (dále jen PnP): pobírám / nepobírám (zaškrtněte)		
--	--	--

6. Kontaktní osoba:		
---------------------------	--	--

7. Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění v zařízení a co od služby očekává?		
.....		
.....		
.....		
.....		

8. Opatrovník / Zástupce na základě Plné moci (zaškrtněte):		
Jméno:.....	adresa:.....	
Rozhodnutím soudu v:.....	ze dne:.....	čj.:

9. Místo současného pobytu (adresa) - uveďte žadatel, který je v době vyplňování žádosti umístěn v nemocnici, popř. na jiné adrese než je uvedeno pod bodem 3. (uveďte název, sídlo):

.....
.....

10. Prohlášení žadatele (opatrovníka):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

Žadatel o umístění do sociálního zařízení dává svým podpisem souhlas k zajišťování a shromažďování osobních údajů podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu řízení až do doby archivace a skartace.

O vyřízení žádosti bude písemně informován v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a na základě vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb..

.....
Vlastnoruční podpis žadatele, opatrovníka, na zákl. Plné moci

V:

dne:

telefon:

*) nehodící se škrtněte

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
o umístění do zařízení sociálních služeb – Domovy pro seniory

Domova pokojného stáří v Ostrově

(nedílná součást žádosti)

..... Razítko DPS Ostrov		Datum podání přílohy žádosti 																													
1. Žadatel:..... <table><tr><td colspan="2">příjmení (u žen též rodné jméno)</td><td colspan="2">jméno</td></tr><tr><td colspan="4">narozen:</td></tr><tr><td colspan="2">den, měsíc, rok</td><td colspan="2">místo</td></tr><tr><td colspan="4">bydliště:</td></tr><tr><td>místo, PSČ</td><td>ulice</td><td>číslo popisné</td><td>okres</td></tr><tr><td colspan="4">.....</td></tr><tr><td colspan="4">pojišťovna</td></tr></table>				příjmení (u žen též rodné jméno)		jméno		narozen:				den, měsíc, rok		místo		bydliště:				místo, PSČ	ulice	číslo popisné	okres					pojišťovna			
příjmení (u žen též rodné jméno)		jméno																													
narozen:																															
den, měsíc, rok		místo																													
bydliště:																															
místo, PSČ	ulice	číslo popisné	okres																												
.....																															
pojišťovna																															
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

6. Léky (aplikace, dávkování)

7. Posouzení soběstačnosti

Sám

S pomocí

Nezvládá

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) jídlo, pití | ☐ | ☐ | ☐ |
| b) oblékání | ☐ | ☐ | ☐ |
| c) osobní hygiena | ☐ | ☐ | ☐ |
| d) chůze po rovině | ☐ | ☐ | ☐ |
| e) chůze po schodech | ☐ | ☐ | ☐ |

Důležité údaje vzhledem k soběstačnosti:

- f) dorozumívání ☐ mluví zřetelně ☐ s obtížemi ☐ nekomunikuje
- g) sluch ☐ slyší dobře ☐ špatně ☐ neslyší
- h) zrak ☐ vidí (s brýlemi) ☐ špatně ☐ nevidí
- i) kontinence moči ☐ kontinentní ☐ občas inkont ☐ inkontinentní
- j) kontinence stolice ☐ normální ☐ zácpa

Potřebuje lékařské ošetření:	trvale	ANO - NE*)
	občas	ANO - NE*)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ - např. plicního, ANO - NE*)

neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interného, poradny diabetické, protialkoholní apod.*)

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Dne: _____

razítko

podpis ošetřujícího lékaře

*) nehodící se škrtněte