

..... Datum podání žádosti		Občanský průkaz číslo: Rodné číslo žadatele:
1. Žadatel:		Telefon:
2. Narozen:		
3. Bydliště:		PSČ:
4. Státní příslušnost:		Národnost:
5. Rodinný stav:		
6. Povolání (obor vyučení, studia):		Poslední zaměstnání:
7. Osobní záliby žadatele (zahradá, vaření, řemeslo apod.):		
8. Je-li žadatel důchodcem – druh důchodu: Výše důchodu měsíčně Kč:		
9. Pobírá-li žadatel příspěvek na péči – stupeň, výše:		
10. Jiný příjem žadatele – jaký?	Měsíčně Kč	Od koho?
11. Žadatel bydlí *): ve vlastním domě – ve vlastním bytě – v podnájmu – s rodinou – osaměle počet obývaných místností:.....		
12. Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění v ústavu?		
13. Manžel(ka): (u manželky uveďte též její rodné příjmení)		

*) nehodící se škrtněte

14. Proč rodinní příslušníci nemohou sami pečovat o žadatele?

.....
.....

15. Zákonný zástupce (je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům):

Jméno:

Adresa:

Rozhodnutím soudu v:

ze dne:

č.j.:

16. Kdo má být informován o vážném onemocnění nebo úmrtí žadatele, bude-li do ústavu přijat?

Adresa:

Jméno a příjmení:

Telefon:

17. Pořídil žadatel závěť? ANO – NE*)

U koho je v úschově? Jméno a adresa:

18. Jméno a příjmení osoby (instituce), která má vypravit pohřeb:

Adresa:

Telefon:

Pozn. - Ke zvláštním přáním a způsobu pohřbení je možno přihlížet jen pokud bude postaráno o úhradu.

19. Byl žadatel již dříve umístěn v některém ústavu? ANO – NE*)

Ve kterém?

od:

do:

Proč z ústavu odešel? (Byl propuštěn?)

20. Prohlášení žadatele (opatrovníka):

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 propuštění z ústavu.

Dávám svým podpisem souhlas k zajišťování a shromažďování osobních údajů – podkladů pro rozhodování o umístění, podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, a to po celou dobu řízení až do doby archivace a skartace.

.....
Vlastnoruční podpis žadatele nebo opatrovníka

V

dne

*) nehodící se škrtněte

21. Vyjádření ošetřujícího lékaře Domova důchodců pro zařazení žádosti do pořadníku čekatelů:

22. Rozhodnutí o přijetí do zařízení sociální péče

Komise pro umístění do Domova důchodců zařazení žádosti do pořadníku čekatelů:

DOPORUČUJE - NEDOPORUČUJE *)

Z těchto důvodů:

V

dne

.....

.....

.....

.....

.....

*) nehodící se škrtněte

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o umístění

Městské zařízení sociálních služeb Karlovy Vary, příloha k žádosti o umístění v Domově důchodců

1. Žadatel:

Jméno a příjmení (u žen též rodné jméno)

Narozen – den, měsíc, rok, místo

Občanský průkaz číslo:

.....

Rodné číslo žadatele:

2. Bydliště:

místo

ulice a číslo popisné

směrovací číslo

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, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu;
b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno;
c) podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO – NE*)
Je upoután TRVALE – PŘEVÁŽNĚ*) na lůžko	ANO – NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO – NE*)
Pomočuje se: trvale	ANO – NE*)
občas	ANO – NE*)
v noci	ANO – NE*)
Potřebuje lékařské ošetření: trvale	ANO – NE*)
občas	ANO – NE*)
Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ – např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *)	ANO – NE*)
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?	

8. Další speciální údaje, např.:

HB s Ag	ANO – NE*)
TBC	ANO – NE*)
Abusus alkoholu	ANO – NE*)
Abusus toxických látek	ANO – NE*)
Patologické hráčství	ANO – NE*)

9. Jiné údaje:

Dne:

razítko Zdravotnického zařízení

podpis vyšetřujícího lékaře

*) nehodící se škrtněte