

Žádost o ubytování do Domova seniorů

Lokalita zařízení: <input type="checkbox"/> Mělník	Druh sociální služby v zařízení: <input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem
<input type="checkbox"/> Lužec nad Vltavou	<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem <input type="checkbox"/> Domov pro seniory
Datum podání žádosti:	Rodné číslo žadatele: (vyplnit dobrovolně)
Žadatel: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> jméno příjmení </div>	
Narozen/a: den / měsíc / rok	
Bydliště žadatele: Telefon:	
Důchod: druh: Příspěvek na péči: ANO - NE měsíčně Kč: měsíčně Kč:	
Jméno praktického lékaře žadatele: Adresa a telefon praktického lékaře:	

Kontaktní osoby		
Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Adresa, telefon (uvedte více možností telefonického spojení - zaměstnání, mobil)

Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům:.....
.....

Rozhodnutí soudu v Ze dne

Č.j.:

Byl žadatel již dříve umístěn v některém zařízení? ANO – NE (vyplnit dobrovolně)

Pokud ano, tak ve kterém:

Od.....do.....

Proč ze zařízení odešel?
.....

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré informace v této žádosti jsem uvedl pravdivě a jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, eventuelně i propuštění ze zařízení. Souhlasím, aby zdravotnické zařízení poskytlo z mé zdravotní dokumentace údaje o mém zdravotním stavu Domovu seniorů Senior-komplex, s. r. o. pro účely probíhajícího řízení ve věci přijetí do Domova seniorů.

.....
Podpis žadatele, nebo jeho zákonného zástupce

V dne:

Jméno a příjmení klienta:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Anamnéza (RA, OA, operace, úrazy, alergie, abusus):

Poslední medikace:

Hybnost:*

imobilní

částečně imobilní (vycházková hůl, francouzská hůl jedna/dvě, choditko, inv. vozík) zcela imobilní

Kontinence:

kontinentní – inkontinentní

používané pomůcky:

Stav kognitivních funkcí:*

Bez kognitivní poruchy – lehký kognitivní deficit – demence

výsledek MMSE:

Dekubity: ANO – NE

popis:

Očkování (datum):

TAT:

PNEUMO:

Jiné:

Schopnost pobytu v kolektivu:

Diagnostický souhrn:

Jméno, razítko a podpis lékaře vyplňujícího formulář:

Kontaktní telefon: