



## ŽÁDOST

### **o umístění do Víceúčelového charitního domu - odlehčovací služby**

#### **1. Osobní údaje žadatele**

Jméno: ..... Příjmení: .....

Datum narození: ..... Telefon: .....

Trvalé bydliště: .....

Místo současného pobytu (pokud není totožné s trvalým): .....

..... Státní příslušnost: .....

Žadatel bydlí:  osaměle  s příbuznými \*

---

#### **2. Důvody pro podání žádosti (nutný odpočinek pečující osoby, nemoc, rekonvalescence a jiné)**

.....  
.....  
.....

---

#### **3. Jaká jsou Vaše očekávání, přání, cíle (jaké služby žadatel potřebuje)?**

.....  
.....  
.....

---

#### **4. Předpokládaný datum pobytu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_**



## 5. Kontaktní údaje

Uveďte, kdo má být informován v případě návštěvy sociálního pracovníka u žadatele, v případě volného místa - nástupu do Domu pokojného stáří:

sám žadatel  jiná osoba (syn, dcera, jiný příbuzný)

Příjmení, jméno: ..... vztah k žadateli: .....

Kontaktní adresa: .....

Telefon, email: .....

Další: .....

### **Kdo převezme péči o klienta po jeho propuštění (pokud se nejedná o stejnou kontaktní osobu):**

Příjmení, jméno: ..... vztah k žadateli: .....

Kontaktní adresa: .....

Telefon, email: .....

## 6. Souhlas a podpis žadatele

Souhlasím se zpracováním osobních údajů:

- v souladu s § 5, zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji svým podpisem souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchování osobních údajů souvisejících s přijímacím řízením a pobytem v zařízení, a to až do doby jejich archivace a skartace. Tento souhlas se týká také údajů o mém zdravotním stavu.

- v souladu s § 67, písm. b, zákona č. 20/1965 Sb., o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů souhlasím s tím, aby do mé zdravotní dokumentace nahlížely osoby způsobilé k výkonu zdravotnického povolání. Vedoucí zařízení a pověřeni pracovníci pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

Dne ..... v .....

.....  
podpis žadatele  
nebo soudem jmenovaného opatrovníka

\* zakřížkujete/doplňte vhodnou variantu

### **Povinné přílohy k žádosti:**

- Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobyt v Domě pokojného stáří
- Fotokopie usnesení soudu o jmenování opatrovníka dle § 465 OZ č. 89/2012 Sb., pokud je tento opatrovník soudem jmenován



## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

### o zdravotním stavu žadatele o pobyt ve Víceúčelovém charitním domě odlehčovací služba

#### 1. Žadatel

Příjmení: ..... Jméno: .....

Datum narození: ..... Číslo pojištěnce: .....

Bydliště: .....

.....

.....

#### 2. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy)

#### 3. Potřebuje žadatel lékařské ošetření:

- občas  
 trvale v jakém rozsahu

#### Dochází žadatel k odborným lékařům:

- ne  
 ano ke kterým

#### Setkal se žadatel v poslední době s infekčním onemocněním, (TBC, hepatitidy,...)

- ne  
 ano se kterým



#### 4. Diagnóza

- a) Hlavní
  - b) Ostatní choroby
- 

#### 5. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje)

**Trpí žadatel demencí?** (pokud ANO, prosíme Vás o vyjádření odborného lékaře – neurologa, příp. psychiatra)

ANO

Typ demence:

Stupeň:

NE

---

Dne ..... v .....

.....

razítko a podpis vyšetřujícího lékaře