



Datum podání žádosti.....

ŽÁDOST **o umístění do Domu pokojného stáří**

1. Osobní údaje žadatele

Jméno: Příjmení:

Datum narození: Trvalé bydliště:

.....

Místo současného pobytu (pokud není totožné s trvalým):

..... Telefon:

Státní příslušnost: Žadatel bydlí: osaměle s příbuznými *

2. Důvody pro podání žádosti

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

3. Jaká jsou Vaše očekávání, přání, cíle (co byste chtěl/a docílit přestěhováním do Domu pokojného stáří)?

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

4. Naléhavost umístění

nástup do roka jiné.....*



5. Kontaktní údaje

Uveďte kontakt, 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:

.....

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 týká také citlivých údajů o mém zdravotním stavu, popř. náboženském přesvědčení.

- 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 v Domě pokojného stáří

1. Žadatel

Příjmení: Jméno:

Datum narození: Číslo pojištění:

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