

Žádost o umístění do domova pro seniory
G-centrum Mikulov

| |
|---|
| žadatel příjmení /rodné příjmení/ jméno titul |
| narozen den, měsíc, rok místo narození okres |
| rodné číslo číslo OP st.příslušnost |
| rodinný stav bydliště |
| druh důchodu: <input type="checkbox"/> starobní <input type="checkbox"/> invalidní <input type="checkbox"/> vdovský <input type="checkbox"/> jiný/jaký/ |
| výše důchodu celkem..... |
| příspěvek na péči <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> v řízení ve výši |
| jiný příjem /příplatek k důchodu, z pronájmu, z pojištění , z prodeje nemovitosti aj./ celková výše..... |
| zdravotní pojišťovna |
| způsobilost k právním úkonům není zbaven <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> je omezen <input type="checkbox"/> je zcela zbaven |
| zákonný zástupce: jméno a příjmeníadresa |
| usnesení soudu v ze dne č.j. |

důvod pro přijetí

.....

.....

kontakty na příbuzné /jméno, příjmení, adresa, č.telefonu, mobilu

.....

.....

.....

kontakt na osobu, která vyřídí pohřeb

.....

.....

Prohlášení žadatele /zákonného zástupce/:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé. Jsem si vědom/a/ případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly, a to vč.event. propuštění z tohoto zařízení.

V dne

.....
podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

Souhlas 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.

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

.....
podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
o zdravotním stavu žadatele
pro umístění do domova pro seniory

č.OP žadatele _____
r.č. žadatele _____

Doklad k žádosti

| |
|---|
| 1. Žadatel _____ příjmení /u žen též rodné příjmení/ _____ jméno _____ narozen _____ den, měsíc, rok _____ místo narození _____ bydliště _____ místo _____ ulice _____ číslo _____ okres _____ _____ PSC _____ |
| 2. Anamnéza /rodinná, osobní/ |
| 3. Objektivní nález /status praesens generalis, v případě orgánového postižení i st.localis / |
| 4. Duševní stav /popř.projevy narušující kolektivní soužití/ |
| 5. Diagnóza /česky/ a) hlavní b) ost.choroby nebo chorobné stavy |

6. Další informace

Je schopen chůze bez cizí pomoci ?

 ano ne

Je upoután trvale nebo převážně na lůžko?

 ano ne

Je schopen sám sebe obsloužit ?

 ano ne

Pomočujete se?

| | | |
|----------|------------------------------|-----------------------------|
| - trvale | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| - občas | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| - v noci | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |

Potřebuje lékařské ošetření?

| | | |
|----------|------------------------------|-----------------------------|
| - trvale | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| - občas | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |

Je pod dohledem specializovaného oddělení ? /např. plicní, neurologické, psychiatrické, ortopedické resp.chirurgické a interní, poradny diabetické, protialkoholní aj ./

Potřebuje nějakou zvláštní péče? Jakou?

8. Jiné údaje

Dne

.....

podpis vyšetřujícího lékaře

9. Vyjádření vyšetřujícího lékaře o vhodnosti umístění žadatele do domova pro seniory

Dne

.....

podpis

Přílohy k Žádosti o umístění do domova pro seniory G-centrum Mikulov

- lékařská zpráva praktického lékaře /viz přiložený formulář/
- poslední Oznámení o výši důchodu z ČSSZ Praha
- rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- fotokopie usnesení soudu a listiny o ustanovení opatrovníka, je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům
- fotokopie karty pojištěnce zdravotní pojišťovny