



**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA
PRO SENIORY LUDMILA
příspěvková organizace
PODDUBÍ 7, 747 92 HÁJ VE SLEZSKU – SMOLKOV**

Číslo jednací		Došlo dne:	
----------------------	--	-------------------	--

1. ÚDAJE O ŽADATELI

Jméno a příjmení:		Rodné příjmení:	
Rodinný stav:		Statní příslušnost:	
Datum narození:		Místo narození:	
Adresa:			
Telefon:		E-mail:	
Jméno a adresa praktického lékaře:			

2. KONTAKTNÍ OSOBA/ NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÝ

Jméno a příjmení:		Vztah k žadateli:	
Adresa:			
Telefon:		E-mail:	

3. OPATROVNÍK

Jméno a příjmení:		Vztah k žadateli:	
Adresa:			
Telefon:		E-mail:	

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Zároveň zavazuji k aktualizaci informací sdělených v žádosti.

SOUHLAS ŽADATELE

Souhlasím s poskytnutím osobních údajů podle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

.....
datum

.....
podpis žadatele

.....
podpis opatrovníka



**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DO
DOMOVA PRO SENIORY Ludmila**
příspěvková organizace
PODDUBÍ 7, 747 92 HÁJ VE SLEZSKU – SMOLKOV

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)

Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

ŽADATEL

je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
je schopen sebeobsluhy	ANO	NE
je inkontinentní	ANO	NE
používá kompenzační pomůcky	ANO	NE
užívá polohovací postel	ANO	NE
trpí psychiatrickým onemocněním	ANO	NE
má diagnostikovanou Alzheimerovou chorobu	ANO	NE
trpí chronickým onemocněním	ANO	NE
je závislý na návykových látkách nebo alkoholu	ANO	NE
je osobou s onkologickým onemocněním v akutním stavu vyžadující intenzivní vysoce odbornou péči	ANO	NE
je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu	ANO	NE
vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení	ANO	NE
je v péči specializovaného odd. zdrav. zařízení	ANO	NE
potřebuje výživu gastrickou sondou, popř. jinou pomůcku	ANO	NE
má předepsanou dietu	ANO	NE
má mentální postižení	ANO	NE

Současná terapie a její dávkování:

--

.....

datum

.....

razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil