

Žádost o umístění do		Den přijetí žádosti (vyplní pracovník):
<input type="checkbox"/> Domova pro seniory <input type="checkbox"/> Domova se zvláštním režimem <input type="checkbox"/> jednolůžkový pokoj <input type="checkbox"/> dvoulůžkový pokoj <input type="checkbox"/> ubytování s konkrétní osobou: 	Zařízení sociální péče Choceň Dr. Fikejze 1115 565 01 Choceň	
	Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem (Domov)	Úřední záznam (vyplní pracovník):
1. Žadatel: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> příjmení rodné příjmení jméno titul </div>		
2. Narozen: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> den, měsíc, rok místo okres </div>		
3. Trvalé bydliště: PSC		
4. Současné místo pobytu, pokud je odlišné od trvalého bydliště (např. LDN): PSC		
5. Telefonní spojení:		
6. Zdravotní pojišťovna: Druh důchodu:		
7. Pobírám příspěvek na péči: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> v řízení <input type="checkbox"/> Stupeň závislosti: I. II. III. IV. v řízení <input type="checkbox"/>		
8. Jste příjemcem pečovatelské či jiné sociální služby? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		

9. Váš důvod podání žádosti (proč potřebujete nastoupit do Domova, s jakými činnostmi potřebujete pomoci apod.):

.....

.....

Do Domova chci nastoupit:

- a) v co možná nejkratší době (vyjádření lékaře – nutné přiložit)
- b) někdy v budoucnu (vyjádření lékaře – není nutné přiložit)

V případě splnění podmínek pro přijetí bude Vaše Žádost vedena v evidenci ZSP Choceň.

10. Kontakty na Vaše příbuzné či blízké osoby: manžel(ka), děti a ostatní:

Jméno a příjmení	Vztah k žadateli	Přesná adresa	Telefon

11. Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel(ka) omezen(a) ve svéprávnosti.

12. Jméno a adresa ošetřujícího lékaře:

13. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce) a souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů:

- Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. propuštění ze zařízení. Zároveň se zavazuji nejpozději do 8 dnů informovat Zařízení sociální péče Choceň o změnách rozhodných pro vedení mé žádosti.
- Souhlasím, aby do mé dokumentace nahlíželi osoby způsobilé k výkonu sociálního a zdravotnického povolání, spisový referent a ředitel zařízení pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

.....
čitelný vlastnoruční podpis žadatele

nebo jeho zákonného zástupce

Přílohami žádosti jsou:

- lékařská zpráva praktického lékaře,
- je-li žadatel omezen ve svéprávnosti - rozsudek soudu o omezení ve svéprávnosti a listina o jmenování opatrovníkem.

Po podání žádosti budete vyrozuměni o dalším postupu (zařazení žádosti do pořadníku žadatelů, zamítnutí přijetí žádosti apod.)

Na základě této žádosti s Vámi provede sociální pracovnice Domova šetření, při kterém společně zhodnotíte Vaši nepříznivou sociální situaci a vhodnost našeho zařízení pro Vás.

Žádost lze podat osobně v kanceláři ZSP Choceň nebo zaslat na adresu Zařízení sociální péče Choceň, Dr. Fikejze 1115, 565 01 Choceň.

Kontaktní telefon ZSP Choceň: 465 471 782, 465 472 105
hudeckova@zspchocen.cz, reditelna@zspchocen.cz, www.zspchocen.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA PRO SENIORY, DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM CHOCEŇ:

k trvalému pobytu

|

1. Žadatel:.....narozen:..... příjmení jméno den, měsíc, rok bydliště:..... místo ulice číslo
2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):
3. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status praesens localis):
4. Diagnóza (česky): a) hlavní: b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:
5. Aktuální medikace:
6. Poruchy zraku, sluchu a řeči, které jsou podmíněny věkem:
7. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití): Psychotické onemocnění nebo poruchy chování v anamnéze, demence, deprese: Orientace základními časovými údaji: Je schopen sledovat tisk, TV, číst knihu:

Spravuje sám svoje funkce:

Abusus návykových látek, psychofarmak:

8. Je schopen chůze bez cizí pomoci?	ANO / NE*)
Používá hole, chodítko, invalidní vozík?	ANO / NE*)
Trpí závratěmi nebo opakovanými pády?	ANO / NE*)
Chodí po schodech?	ANO / NE*)
Je upoután trvale - převážně*) na lůžko?	ANO / NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit?	ANO / NE*)
Potřebuje lékařské ošetření trvale?	ANO / NE*)
Občas?	ANO / NE*)
Vstane bez pomoci ze židle?	ANO / NE*)
Zvedne sám předmět ze země?	ANO / NE*)
Je schopen se	
- najíst	ANO / NE*)
- vykoupat	ANO / NE*)
- obléci	ANO / NE*)
- obout	ANO / NE*)
- uchopit nádobu s nápojem	ANO / NE*)
- umýt obličej či ruce	ANO / NE*)
- oholit	ANO / NE*)
Je pod dohledem specializovaného oddělení	ANO / NE*)
např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.*)	
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?	

9. Jiné údaje:

Dne:

.....
razítko a podpis lékaře

*) Nehodící se škrtněte

Nutno k žádosti dodat:

- rentgen plic a srdce žadatele
- výpis ze zdravotní dokumentace žadatele
- předběžnou propouštěcí zprávu žadatele (v případě umístění na LDN)