

Žádost o ubytování do Domova seniorů

<p>Lokalita zařízení:</p> <p><input type="checkbox"/> Lužec nad Vltavou</p> <p><input type="checkbox"/> Mělník</p> <p><input type="checkbox"/> Praha Třebešín</p> <p><input type="checkbox"/> Praha Šeberov</p> <p><input type="checkbox"/> Praha Strnady</p>	<p>Druh sociální služby v zařízení:</p> <p><input type="checkbox"/> Domov pro seniory</p> <p><input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem</p>
<p>Datum podání žádosti:</p> <p>.....</p>	<p>Rodné číslo žadatele: (vyplnit dobrovolně)</p> <p>.....</p>
<p>Žadatel: jméno příjmení</p>	
<p>Narozen/a: den / měsíc / rok</p>	
<p>Bydliště žadatele:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Telefon:</p>	
<p>Jméno praktického lékaře žadatele:</p> <p>Adresa a telefon praktického lékaře:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Kontaktní osoby		
Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Adresa, telefon (uvedte více možností telefonického spojení - zaměstnání, mobil)

Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům:.....
.....

Rozhodnutí soudu v Ze dne

Č.j.:

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré informace v této žádosti jsem uvedl pravdivě a jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, eventuelně i propuštění ze zařízení. Souhlasím, aby zdravotnické zařízení poskytlo z mé zdravotní dokumentace údaje o mém zdravotním stavu Domovu seniorů Senior-komplex, s. r. o. pro účely probíhajícího řízení ve věci přijetí do Domova seniorů.

V dne:

.....
Podpis žadatele, nebo jeho zákonného zástupce

Jméno a příjmení klienta:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Anamnéza (RA, OA, operace, úrazy, alergie, abusus):

Poslední medikace:

Hybnost:*

imobilní

částečně imobilní (vycházková hůl, francouzská hůl jedna/dvě, choditko, inv. vozík) zcela imobilní

Kontinence:

kontinentní – inkontinentní

používané pomůcky:

Stav kognitivních funkcí:*

Bez kognitivní poruchy – lehký kognitivní deficit – demence

výsledek MMSE:

Dekubity: ANO – NE

popis:

Očkování (datum):

TAT:

PNEUMO:

Jiné:

Schopnost pobytu v kolektivu:

Diagnostický souhrn:

Jméno, razítko a podpis lékaře vyplňujícího formulář:

Kontaktní telefon: