



Den podání žádosti

**Žádost  
o poskytování služby v Domově sv. Anežky ve  
Velkém Újezdě**

1. Žadatel .....  
příjmení (popř. rodné jméno) ..... jméno (křestní) .....

2. Naroděn .....  
den, měsíc, rok ..... místo ..... kraj .....

3. Trvalé bydliště, PSČ .....  
telefon.....

4. Aktuální bydliště .....  
telefon.....

5. Jste příjemcem **příspěvku na péči**:    Ano    Ne  
Mám teprve podanou žádost ode dne:  
výše příspěvku (měsíčně Kč):

6. Proč jste si vybral zrovna naše zařízení? .....

7. Co očekáváte od našich poskytovaných služeb? (Vaše přání a představy)

8. Čím odůvodňujete **potřebnost poskytování naší služby** (jak máte nyní zajištěnu péči o vlastní osobu)?

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

**9. Kontaktní osoby:**

Jméno a příjmení	Adresa, vztah k žadateli	Telefon (i mobilní)

10. Jméno a adresa **zákonného zástupce**, je-li žadatel omezen ve způsobilosti nebo má ustanoveného opatrovníka

.....  
.....

rozhodnutí soudu v ..... ze dne ..... č.j. ....

**11. Žadatel má zájem o sociální službu:**

- Domov pro seniory
- Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí

Souhlasím/Nesouhlasím\* s tím, že po posouzení mého zdravotního stavu či v případě jeho změny může být moje žádost přeřazena do druhého typu služby.

\* nehodící se škrtněte

## 12. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl podle skutečnosti.

**V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů k mé osobě pověřenými zaměstnanci domova, do kterého svoji žádost posílám a to až do doby jejich archivace a skartace dle platných předpisů. Jsem si vědom, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat.**

.....  
Podpis žadatele je nutný i v případě,  
že má ustanoveného zákonného zástupce

.....  
podpis zákonného zástupce

Dne .....

**Pokud žádost splňuje předepsaná kritéria, je zařazena do seznamu čekatelů o čemž je žadatel do 30 dnů, ode dne přijetí žádosti v domově, písemně vyrozuměn.**

**V případě chybějícího podpisu žadatele nebo nedoložení povinných příloh nebude žádost zařazena do evidence čekatelů. Případné dotazy na tel. 731 619 834, 568 443 017**

### **K žádosti nutno doložit:**

- V případě omezení svéprávnosti nebo ustanovení opatrovníka – rozsudek soudu a opatrovnickou listinu
- Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele dle přiloženého formuláře

ZP č.:

## Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele k žádosti do Domova sv. Anežky Velký Újezd

1. <b>Žadatel</b>			
..... příjmení (u žen též rodné příjmení)		..... jméno	
narozen .....	R.Č.....	.....	
den, měsíc, rok		místo	
bydliště: .....			
ulice	číslo	místo	PSC, pošta
2. <b>Anamnéza</b> (rodinná, osobní):			
3. <b>Aktuální zdravotní stav</b> (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):			
4. <b>Duševní stav</b> (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):			
5. <b>Trpí žadatel demencí?</b>	ANO	Stupeň:	
	Typ demence:		
	NE		
6. <b>Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?</b>			
	ANO	Jaké	
	NE		
7. <b>Diagnóza</b> (česky):			
a)	hlavní		
b)	ostatní choroby nebo chorobné stavy		

8.	<b>Potřebuje lékařské ošetření</b>	trvale	ANO	NE
		občas	ANO	NE
Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *				
Potřebuje zvláštní péči – jakou:				
<b>Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu ?</b>				
		ANO	NE	
Pokud ano, pro jakou ? .....				
<b>Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu ?</b>				
		ANO	NE*	
Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě , kým je sledován:				
.....				
<b>Přílohy</b>				
a) Popis rtg snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.				
b) Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.				
c) Podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře – zejména výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření.				
9.	Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE *
	Používá kompenzační pomůcky:	hole	invalidní vozík	chodítko
		brýle	sluchadlo	zubní protéza
	Sluch:	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu
				neslyší
	Zrak:	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku
				nevidí
	Je upoután trvale – převážně * na lůžko		ANO	NE *
	Je schopen polohy v sedě, v křesle		ANO	NE *
	Je schopen sám se najíst, napít		ANO	NE *
	Inkontinence	trvale	ANO	NE *
		občas	ANO	NE *
		v noci	ANO	NE *
	Používá WC křeslo u lůžka		ANO	NE *
	Defekty kůže:	ANO	dekubity (stupeň, lokalizace)	
			opruzeniny	
			jiné	
			NE	
<b>10. Jiné údaje:</b>				
Dne ..... V .....				
..... <b>razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)</b>				

- Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.