

Žádost o přijetí do DPS sv. Františka

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ):

Telefon:

Máte nějaký příjem? ano x ne

Stupeň závislosti:

Důvod podání žádosti:

Je poskytována pečovatelská služba? (rozsah – obědy, služby):

Jméno a telefon zákonného zástupce (jeli žadatel/ka omezena ve svéprávnosti), nebo zmocněnce či jiného zástupce:

Kontaktní osoba (příbuzní, známí) – jméno, telefon:

Prohlášení žadatele / žadatelky (opatrovníka / zmocněnce...)

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a, že nejpozději do 8 dnů jsem povinen/a ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

Žadatel zároveň uděluje souhlas poskytovateli služeb se zpracováním osobních údajů uvedených v této žádosti. Pokud nebude s žadatelem podepsána Smlouva o poskytování služeb v DPS sv. Františka, bude žádost evidována po dobu 5 let a poté bude skartována.

V dne

.....

podpis žadatele
nebo opatrovníka/zmocněnce...

Přílohy k žádosti:

1. Vyjádření lékaře
2. Kopie plné moci, nebo dokladu o ustanovení opatrovníka, nebo dohody o zastupování členem domácnosti, nebo smlouvy o nápomoci

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o umístění do domova pro seniory

<p>1. Žadatel/ka _____ příjmení rodné u žen jméno</p> <p>narozen _____ den, měsíc, rok</p> <p>bydliště _____ obec ulice číslo PSČ</p>
<p>2. Objektivní nález:</p>
<p>3. Duševní stav, úroveň kognitivních schopností:</p>
<p>4. Diagnóza (česky):</p>
<p>5. Medikace:</p>

6. Přílohy:

- a) U TBC onemocnění (i v anamnéze) musí být vyjádření specializovaného ZZ pro léčbu tuberkulózy.
- b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.
- c) Jiné důležité informace o zdravotním stavu (rtg, laboratoř, apod.).

7. Jiné údaje:

Schopnost žadatele/ky porozumět obsahu Smlouvy o poskytování služeb v DPS sv. Františka a důsledkům podepsání této Smlouvy (prosím zaškrtněte):

ano

částečně

ne

nemohu posoudit

Potřebuje lékařskou péči: trvale – občas *) ANO NE *)

Je v péči specializovaného oddělení zdravotního zařízení – kterého:

Dne: _____

_____ podpis vyšetřujícího lékaře

_____ razítko

*) Nehodící se škrtněte