

## **Žádost o přijetí do Charitního domu sv. Anežky**

**Jméno a příjmení žadatele/žadatelky:**

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ):

Telefon:

**Důvod podání žádosti:**

**Jméno a telefon opatrovníka (jeli žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti),  
nebo zmocněnce či jiného zástupce, příp. kontaktní osoby:**

### Prohlášení žadatele:

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 CHD sv. Anežky, bude žádost evidována po dobu 5 let a poté bude skartována.

V ..... dne .....

.....  
podpis žadatele/žadatelky  
nebo opatrovníka /zmocněnce

Přílohy:

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/žadatelky o umístění do domova se zvláštním režimem

<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. Žadatel/ka trpí Alzheimerovou nebo Parkinsonovou chorobou nebo jiným typem stařecké demence, a splňuje tak základní podmínku pro umístění v Charitním domě sv. Anežky (domov se zvláštním režimem). Prosím zaškrtněte:                      <b>ANO</b>                      <b>NE</b></p> <p>Pokud žadatel/ka <b>netrpí</b> žádným z výše uvedených onemocnění, dále <b>nevyplňujte</b> a pouze vyjádření na konci potvrďte.</p>
<p>3. Objektivní nález:</p>
<p>4. Duševní stav, úroveň kognitivních schopností:</p>
<p>5. Diagnóza (česky):</p>

**6. Medikace:**

**7. 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.).

**8. Jiné údaje:**

Schopnost žadatele/ky porozumět obsahu Smlouvy o poskytování služeb CHD sv. Anežky 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