



## DOMOV PRO SENIORY / DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

\*)

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05, Zlín  
tel.: 575 758 131, mobil 603 281 676

<b>1. Jméno a příjmení žadatele:</b>
Titul:
Rodné příjmení:
Datum narození a místo:
Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ):
Telefon:
Adresa nynějšího pobytu žadatele:

Státní příslušnost:
Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiné osoby:

<b>2. Kontaktní osoba</b> (rodinný příslušník, jiná blízká osoba žadatele), která má být informována o stavu žadatele, bude-li do zařízení přijat:
Jméno a příjmení:.....
Adresa:.....
Vztah k žadateli:.....
Telefonní kontakt:.....
E-mail: .....

<b>3. Rodina</b> (manželka, rodiče, děti, vnuci, ostatní příbuzní):		
Jméno a příjmení	Příbuzenský vztah k žadateli	Adresa, telefon

**4. Důvody žádosti** (stručně můžete popsat, co Vás vede k podání žádosti, např. zhoršení zdravotního stavu...):


**5. Stupeň naléhavosti umístění** (prosím podtrhněte nebo zakroužkujte):

Nástup ihned nebo do ½ roku      Do roka      Do dvou let      Do dvou a více let

**6. Opatrovník** (je-li soudem ustanoven):

--

**7. Jaká jsou očekávání od zařízení sociálních služeb** (stručně můžete popsat, co od naší služby očekáváte, co potřebujete, co si přejete, např. zajištění 24h péče, nabídka volnočasových aktivit...):

Ve..... dne.....

.....  
Podpis žadatele / opatrovníka

**8. Žádost o poskytování sociálních služeb byla podána** (vyplňuje pracovník domova):

.....      .....

datum      podpis

**Příloha:** Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální službu

\*) nehodící se škrtněte

**ŽADATELŮM O SLUŽBU DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM A JEJICH PŘÍBUZNÝM DOPORUČUJEME VYUŽÍT PORADENSTVÍ PRO LIDI S DEMENCÍ. VÍCE INFORMACÍ NA TEL. 575 758 131, 775 889 644 A NA WWW.ALZHEIMERZLIN.CZ**

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele  
o poskytování sociálních služeb  
domova pro seniory / domova se zvláštním režimem \*)**

NADĚJE, pobočka Zlín

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05 Zlín

**1. Žadatel:**.....

příjmení a jméno

Narozen:.....

den, měsíc, rok

Bydliště.....

město, ulice, číslo popisné

**2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní):

**3. Objektivní nález** (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

**4. Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

**5. Diagnóza** (česky)

Číslo diagnózy podle MKN:

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

**6. Je schopen chůze bez cizí pomoci** ano - ne - s dopomocí )\*

**Je upoután na lůžko:** ano - ne \*)

**Jestliže je upoután na lůžko, tak:** PŘEVÁŽNĚ - ČÁSTEČNĚ )\*

**Je schopen sám sebe obsloužit:** ano - ne - částečně \*)

**Je v čase, prostoru a vlastní osobou orientován:** ano - ne - částečně \*)

**Inkontinence:** ne \*)

občas

v noci

trvale

**Potřebuje ošetřovatelskou péči:** trvale občas \*)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ – např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. \*)

Potřebuje zvláštní péči - jakou:

**7. Další speciální údaje, např.:**

- psychiatrické onemocnění
- abusus alkoholu
- TBC
- HbSAg

**8. Jiné údaje:**

Dne:

.....

.....

razítko ZZ

podpis vyšetřujícího lékaře

\*) nehodící se škrtněte