



**ŽÁDOST
O PŘIJETÍ UŽIVATELE DO DOMU SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

ŽADATEL	Příjmení:		Jméno, titul:	
	Rodné číslo:	Rodné příjmení:		Stav:
	Povolání (i dřívější):		Zdravotní pojišťovna:	
	Adresa trvalého bydliště:		PSČ:	
	Telefon:			
	Adresa nynějšího pobytu:		PSČ:	
	Telefon:			

NEJBLIŽŠÍ OSOBA ŽADATELE (příbuzná nebo jiná, kterou si určil žadatel)		PŘÍBUZNÍ	
Jméno a příjmení:			Vztah:
Adresa:			PSČ.:
Telefon ve dne:	Telefon večer a v noci:		
PŘÍJEM ŽADATELE			
Starobní důchod:			Exekuce:
Invalidní důchod:			Stupeň:
Dávky v hmotné nouzi:	Příspěvek na péči:		

LÉKÁŘI	ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ		PRAKTICKÝ LÉKAŘ	
	Jméno:		Jméno:	
	Adresa: Tel.:		Adresa: Tel.:	
	ODBORNÝ SPECIALISTA			
	Jméno:			
	Adresa: Tel.:			

Diagnózy – uveďte priority podle závažnosti příznaků ! K žádosti vždy přiložte propouštěcí zprávu !		VYPLNÍ LÉKAŘ	DIAGNÓZY
Alergie:	Kuřák: ANO - NE Dieta:		

MEDIKACE – vypište přesně, včetně dávkování	VYPLNÍ LÉKAŘ
Kdo z rodiny žadatele byl informován o jeho stavu a v jakém rozsahu:	
Jméno:	
Vztah k žadateli:	
Rozsah informace:	
..... Datum a podpis lékaře indikujícího péči	

CO ŽADATEL OČEKÁVÁ		
Krátkodobé poskytování služby	ANO - NE	Od - Do
Dlouhodobé poskytování služby	ANO - NE	
Chce žadatel o své situaci hovořit? ANO - NE - OBČAS - S KÝM		
Zájmy a záliby žadatele:		

PEČE ŽADATELE O VLASTNÍ OSOBU	zvládá sám	zvládá s pomocí	nezvládá
chůze			
chůze po schodech			
osobní hygiena – mytí, koupání			
dojít si na toaletu			
oblékání se			
příjem stravy a tekutin			
komunikace a dorozumívání se			
organizace volného času			
cestování			
návštěva lékaře			
hospodaření s financemi			
příprava stravy			
údržba prádla			
úklid			

SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽADATELE

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl pro péči svobodně, po trvalém uvážení a řádném poučení. Výslovně souhlasím s použitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace domova se zvláštním režimem.

Byl/a jsem seznámen/a s materiálem informace před přijetím.
souhlasím s úhradou pobytu dle platného ceníku.

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

V dne

Podpis žadatele

V Dne

.....
Jméno a podpis osoby, která žádost vyplnila

Kompletně vyplněnou žádost zašlete k rukám sociální pracovnice do domova se zvláštním režimem oblastní charity česká kamenice

na adresu: Tyršova 350, Česká Kamenice 407 21

Faxem: +420 412 582 602

E-mailem: kamenice@dchltm.cz

Více informací Vám podá sociální pracovnice Drahomíra Hartmanová:

Tel.: +420 412 582 602; E-mail: kamenice@dchltm.cz

www.charita-ceska-kamenice.cz

INFORMACE PŘED PŘIJETÍM – co si vzít s sebou

- Léky, které běžně užíváte (nebo recept od lékaře) - především léky k léčbě bolesti, inzulin + glukometr, aj.
- Pomůcky, které běžně používáte (pleny, berle, hůl, vozík, naslouchadlo, apod.), toaletní potřeby, pyžama nebo noční košile, župan (pokud si prádlo chcete nechat prát u nás, je nutno si ho označit jménem), pohodlné oblečení na den, oblečení pro pobyt nebo pohyb venku.
- Domácí obuv na přezutí.
- Nezapomeňte občanský průkaz, průkazku zdravotní pojišťovny, kopii rodného listu, platný důchodový výměr a rozhodnutí o příspěvku na péči.

S přáním všeho dobrého