**Žádost o přijetí**

**ŽADATEL:**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………….……..…

Datum narození:………………………………………………………………………..……………

Zdravotní pojišťovna:………………………………………………………………..………..…..

Místo narození:……………………………………………………………………………………..…

Státní občanství:………………………………………………………………………………….……

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře:

………………………………………………………………………………………………………………....

OMEZENÍ SVÉPRÁVNOSTI: **\***

☐NE

☐ANO – rozsah/oblast omezení svéprávnosti……………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………..

V případě omezení svéprávnosti jméno a příjmení zákonného zástupce nebo

(opatrovníka) ………………………………………………………………………………………………..

Poslední trvalé bydliště:………………………………………………………………………………….

Příspěvek na péči: **\***

☐ANO - výše příspěvku…………………………………………………..

☐ NE (Pokud je v řízení, kdy bylo zažádáno) ………………….…

**KONTAKTNÍ OSOBA/ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:**

Jméno a příjmení:…………………………………………………………………………

Vztah k žadateli:………………………………………………………………………..

Kontaktní adresa:……………………………………………………………………...

telefon: ……………………………………………………………………………………

e-mail :……………………………………………………………………………………….

*Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, nepřijetí do zařízení nebo propuštění ze zařízení.*

*Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, souhlasím, aby údaje uvedené v žádosti včetně vyjádření lékaře mohly být použity při zpracování mé žádosti.*

**Podpis žadatele:** ………………………………………………………………………………………..

**Podpis kontaktní osoby/zákonného zástupce**: …………………………………………..

**Dne :**………………………………………

**K žádosti přiložte:**

Rozhodnutí o výši aktuálního příspěvku na péči

Vyjádření lékaře o aktuálním zdravotním stavu žadatele

**Dotazník pacienta**

**Jméno a příjmení:**

**Rodinná anamnéza:**  
Matka (věk, choroby, pokud již nežije, napište na, co a v kolika letech zemřela):

Otec (věk, choroby, pokud již nežije, napište na, co a v kolika letech zemřel):

Sourozenci (věk, choroby, pokud některý z nich již nežije, napište na, co a v kolika letech zemřel)

Závažnější choroby v širší rodině:

Psychické poruchy (napište např. babička z otcovy strany deprese):

Nervové choroby (např. strýc epilepsie):

Vysoký krevní tlak

Cukrovka

**Osobní anamnéza:**

Choroby a operace, které jste prodělal/a (např. vysoký krevní tlak od r. 1998, užívám léky nebo operace žlučníku v roce 1998 nebo odstranění vaječníků a dělohy pro tumor v r. 1998, poté ozařování, nyní kontroly každý rok):  
  
Úrazy (např. otřes mozku v 5ti letech):

Trvale užívám tyto léky (např. Euthyrox 50 mg 1-0-0):

Alergie (např. vyrážka po Penicilinu):

**Sociální a pracovní anamnéza:**   
dosažené vzdělání:

Pracuji, pracoval/a jsem jako:

Jsem svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á

Mám děti (např. dcera 20 let zdráva, syn 16 let, atopický exém):

Bydlím (sám v rodinném domku, či s rodinou v bytě):

Cigarety, alkohol:

Mám tyto zájmy, současná nálada:

**Nynější onemocnění, problémy:**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**o zdravotním stavu žadatele o umístění do**

**AMFION SANATORIUM**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ŽADATEL**   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **příjmení jméno rodné příjmení** | |
| 1. **NAROZENÍ**   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **den, měsíc, rok místo okres** | |
| 1. **BYDLIŠTĚ**   **město, ulice, č. p., PSČ** | |
| 1. **ANAMNÉZA (rodinná, osobní)** | |
| 1. **OBJEKTIVNÍ NÁLEZ** | |
| 1. **DUŠEVNÍ NÁLEZ (popř. projevy narušující kolektivní soužití)** | |
| 1. **DIAGNÓZA**   **a) hlavní**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **b) ostatní choroby nebo chorobné stavy** | |
| 1. **SEBEOBSLUHA**   **Je upoután trvale/převážně na lůžko**  **Je schopen vstávat z lůžka, uléhání, změnit polohu**  **Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby**  **Je schopen chůze s pomocí - hole**  **- berle jedné – dvou**  **- francouzské hole jedné – dvou**  **- chodítka**  **- s dopomocí**  **Pohybuje se na invalidním vozíku**  **Je schopen sám - jíst**   * **provést osobní hygienu** * **koupat se** * **komunikovat** * **obléci se/ obout se** * **sedět** * **orientovat se v přirozeném prostředí** * **orientovat se v čase** * **pečovat o vlasy a nehty** * **využívat informační zdroje a dostupné služby** * **navazovat kontakt, komunikaci s jinou osobou** * **uplatňovat svá práva a zájmy** * **psát**   **Pomočuje se - trvale**   * **občas** * **v noci**   **Potřebuje lékařskou péči - občas**  **- trvale** | **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE**  **ANO NE** |
| **Je v péči specializovaného oddělení ZZ – kterého: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **Potřebuje zvláštní péči – jakou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| 1. **JINÉ ÚDAJE**   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **dne podpis ošetřujícího lékaře**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **razítko ZZ** | |