

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 vaječnicků 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
2. NAROZENÍ _____		
den, měsíc, rok	místo	okres
3. BYDLIŠTĚ _____		
město, ulice, č. p., PSČ		
4. ANAMNÉZA (rodinná, osobní)		
5. OBJEKTIVNÍ NÁLEZ		
6. DUŠEVNÍ NÁLEZ (popř. projevy narušující kolektivní soužití)		

7. DIAGNÓZA
a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

8. SEBEOBSLUHA

 Je upoután trvale/převážně na lůžko ANO NE

 Je schopen vstávat z lůžka, uléhání, změnit polohu ANO NE

 Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby ANO NE

 Je schopen chůze s pomocí - hole ANO NE

 - berle jedné – dvou ANO NE

 - francouzské hole jedné – dvou ANO NE

 - chodítka ANO NE

 - s dopomocí ANO NE

 Pohybuje se na invalidním vozíku ANO NE

 Je schopen sám - jíst ANO NE

 - provést osobní hygienu ANO NE

 - koupat se ANO NE

 - komunikovat ANO NE

 - obléci se/ about se ANO NE

 - sedět ANO NE

 - orientovat se v přirozeném prostředí ANO NE

 - orientovat se v čase ANO NE

 - pečovat o vlasy a nehty ANO NE

 - využívat informační zdroje a dostupné ANO NE

 služby ANO NE

 - navazovat kontakt, komunikaci s jinou ANO NE

 osobou ANO NE

 - uplatňovat svá práva a zájmy ANO NE

 - psát ANO NE

 Pomočuje se - trvale ANO NE

 - občas ANO NE

 - v noci ANO NE

 Potřebuje lékařskou péči - občas ANO NE

 - trvale ANO NE

Je v péči specializovaného oddělení ZZ – kterého: _____

Potřebuje zvláštní péči – jakou: _____

9. JINÉ ÚDAJE

_____ dne

_____ podpis ošetřujícího lékaře

_____ razítko ZZ