**A ŽÁDOST O PŘIJETÍ**

**ŽADATEL:**

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

Datum narození/rodné číslo: ………………………………………………………………….

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: …………………………………………………………………………

Datum narození/rodné číslo: ……………………………………………………….

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.*

**Dne:** ………………………………………

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B** | **DOTAZNÍK ŽADATELE - SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ** |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ŽADATEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jméno:  |   |  |
| Datum narozeni: |   |  |
| Bydliště: |   |  |
| Zaznamenal: |   | Dne: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ZPŮSOBILOST K PRÁVNÍM** **ÚKONŮM** |  |  |  |  |  |  |
| rozsah |  | Není omezena |  | Omezena |   | Zcela zbaven |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OPATROVNÍK/OSOBA BLÍZKÁ** |  |  |  |  |  |  |
| Vztah k žadateli |  |   | Opatrovník |   | Osoba blízká |   | Jiná osoba |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jméno:  |   |  |
| Telefon: |   |  |
| E-mail: |   |  |
| Bydliště: |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PŘÍSPĚVEK NA PÉČI** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | I.st |   |  | II.st |   |  | III.st |   | IV.st |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **POHYB** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chůze |   | sám/sama |   | v rámci pokoje |   | s pomocí |   | ne |
| Pomůcky |   | hůl |   | chodítko |   | vozík |  |  |
| Schody |   | ano |   | ano, s pomocí |   | nezvládá |  |  |
| Posazení na lůžku |   | sám/sama |   | s pomocí |  |   | nezvládá |  |  |
| Vstávání z lůžka |   | sám/sama |   | s pomocí |  |   | nezvládá |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOMUNIKACE** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mluvení |   | zřetelně |   | s obtížemi, jaké |   | nemluví |  |  |
| Sluch |   | dobrý |   | s obtížemi, jaké |   | neslyší |  |  |
| Orientace |   | časem |   | místem |   | osobou |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **STRAVOVÁNÍ** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Příjem stravy |   | nají se sám/sama |   | s pomocí |  |   | nenají se |  |  |
| Úprava |   | bez úprav |   | krájená |   | mletá |  |  |
| Chuť k jídlu |   | výborná |   | obvyklá |   | nechutenství |  |
| Pitný režim |   | hlídá si sám/sama |   | nehlídá |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OBLÉKÁNÍ** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oblékání |   | samostatně |   | s pomocí |   | nezvládá |  |  |
| Svlékání |   | samostatně |   | s pomocí |   | nezvládá |  |  |
| Obouvání bot |   | samostatně |   | s pomocí |   | nezvládá |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HYGIENA** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ranní/večerní |   | samostatně |   | s pomocí |   | nezvládá |  |  |
| Koupel |   | samostatně |   | s pomocí |   | nezvládá |  |  |
| stříhání nehtů |   | samostatně |   | s pomocí |   | nezvládá |  |  |
| Použití WC |   | samostatně |   | s pomocí |   | nezvládá |  |  |
| Toaletní křeslo |   | ano |   | ne |  |  |  |  |
| Inkontinence |   | vložky |   | natahovací |   | plenky |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OSTATNÍ** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Finance |   | samostatně |   | s dopomocí |   | ne |  |  |
| Úřady |   | samostatně |   | s dopomocí |   | ne |  |  |
| Důchod |   | poštou do sanatoria |   | na účet | výše/den |   |
|   | Starobní  |   | Vdovský |   | Invalidní |  |  |
| Společnost |   | společenský |   | samotářský |  |  |  |  |
| Pokoj |   | jednolůžkový |   | dvoulůžkový |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RODINA** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontakt s dětmi |   | stýká se |   | nestýká |   | Počet dětí |  |
| Rodinný stav |   | svobodný/á |   | ženatá/ vdaná |   | vdovec/vdova |
|  |  |   | Rozvedený/á |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **BYDLIŠTĚ**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| před nástupem do zařízení |  |   | sám/a |   | s rodinou |  |  |
|  |   | V jiné instituci |  | Kde: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ZAMĚSTNÁNÍ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| před důchodem |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ZÁJMY/KONÍČKY/JINÉ** |   |   |   |   |   |   |
|   |   |
|   |   |
| **OČEKÁVÁNÍ ŽADATLE** |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Dne:** ………………………………………

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

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

**C ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK**

**Dotazník klienta/ pacienta**

1. **OSOBNÍ ANAMNÉZA**
	1. **Hlavní diagnózy (vč. Duševních onemocnění):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Chronická onemocnění (zaškrtněte vše, co platí):**

☐ Cukrovka

☐ Vysoký krevní tlak

☐ Srdeční onemocnění

☐ Onemocnění ledvin

☐ Onemocnění jater

☐ Epilepsie

☐ Parkinsonova nemoc

☐ Poruchy štítné žlázy

☐ Demence typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Psychiatrická diagnóza (upřesnit): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Onkologické onemocnění (typ, rok): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Jiná onemocnění: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Prodělané závažné choroby (Pokud ano, uveďte rok):**

☐ TBC

☐ Hepatitida (typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

☐ Covid-19

☐ Zápal plic

☐ Jiná: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Prodělaná očkování (uveďte známá očkování a rok, pokud je znám):**

☐ Tetanus

☐ Covid-19

☐ Chřipka

☐ Pneumokok

☐ Jiná: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Úrazy, operace, hospitalizace v minulosti:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Alergie (léky, potraviny, jiné):**

☐ Ano – specifikujte:

☐ Ne

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Inkontinence:**

☐ Žádná

☐ Močová

☐ Střevní

☐ Kombinovaná

* 1. **Užívání léků:**

☐ Neužívá žádné

☐ Užívá (vypsat názvy + doložit seznam dávkování): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Nynější onemocnění, Zdravotní omezení / potřeba péče:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Váha + výška klienta**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **RODINNÁ ANAMNÉZA**

Matka: ☐ Žije

☐ Zemřela – rok: \_\_\_\_\_\_\_ příčina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otec: ☐ Žije

☐ Zemřel – rok: \_\_\_\_\_\_\_\_ příčina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sourozenci: Počet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Všichni žijí

☐ Úmrtí sourozenců – kolik: \_\_\_\_\_\_; příčina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Výskyt onemocnění v rodině (Pokud ano, kdo a jaký typ.):

☐ Cukrovka

☐ Srdeční onemocnění

☐ Onkologická onemocnění

☐ Duševní onemocnění / demence

☐ Jiná: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Závislosti / návykové látky:**

Alkohol: ☐ neužívá ☐ příležitostně ☐ pravidelně

Kouření: ☐ nikdy ☐ bývalý kuřák ☐ aktivní kuřák

Jiné návykové látky (např. drogy):

**Vyplnil:** ☐ Klient ☐ Rodina ☐ Personál ☐ Lékař

**Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Současně s vyplněným dotazníkem Vás žádáme o doložení aktuálního výpisu ze zdravotní dokumentace od praktického lékaře**