**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**