

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 narození:			
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	☐	chodítka	☐	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	☐	nevládá
Svlékání	☐	samostatně	☐	s pomocí	☐	nevládá
Obouvání bot	☐	samostatně	☐	s pomocí	☐	nevládá

HYGIENA

Ranní/večerní	☐	samostatně	☐	s pomocí	☐	nevládá
Koupel	☐	samostatně	☐	s pomocí	☐	nevládá
stříhání nehtů	☐	samostatně	☐	s pomocí	☐	nevládá
Použití WC	☐	samostatně	☐	s pomocí	☐	nevládá
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
Společnost	☐	Starobní	☐	Vdovský	☐	Invalidní
Pokoj	☐	společenský	☐	samotářský		
	☐	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 ŽADATELE

Dne:

Podpis žadatele:

Podpis kontaktní osoby/zákonného zástupce:

C ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Dotazník klienta/ pacienta

I. OSOBNÍ ANAMNÉZA

1. Hlavní diagnózy (vč. Duševních onemocnění):

2. Chronická onemocnění (zaškrtněte vše, co platí):

- | | |
|---|---|
| ☐ Cukrovka | ☐ Onemocnění jater |
| ☐ Vysoký krevní tlak | ☐ Epilepsie |
| ☐ Srdeční onemocnění | ☐ Parkinsonova nemoc |
| ☐ Onemocnění ledvin | ☐ Poruchy štítné žlázy |

☐ Demence typ: _____

☐ Psychiatrická diagnóza (upřesnit): _____

☐ Onkologické onemocnění (typ, rok): _____

☐ Jiná onemocnění: _____

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

☐ TBC

☐ Covid-19

☐ Hepatitida (typ: _____)

☐ Zápal plic

☐ Jiná: _____

4. Prodělaná očkování (uvedte známá očkování a rok, pokud je znám):

☐ Tetanus

☐ Chřipka

☐ Covid-19

☐ Pneumokok

☐ Jiná: _____

5. Úrazy, operace, hospitalizace v minulosti:

6. Alergie (léky, potraviny, jiné):

☐ Ano – specifikujte:

☐ Ne

7. Inkontinence:

☐ Žádná

☐ Střevní

☐ Močová

☐ Kombinovaná

8. Užívání léků:

☐ Neužívá žádné

☐ Užívá (vypsat názvy + doložit seznam dávkování):

9. Nynější onemocnění, Zdravotní omezení / potřeba péče:

10. Váha + výška klienta

II. 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 ☐ Onkologická onemocnění

☐ Srdeční 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

