



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Název: Domažlická nemocnice a.s.
Oddělení sociálních lůžek
Adresa: Kozinova 292,344 01 Domažlice
Telefon/fax: **+420 379 710 112**
Email: **info@domazlice.nemocnice.cz**
Stránky www: **domazlice.nemocnicepk.cz**

1. Jméno a příjmení žadatele

2. Datum narození:

3. Telefon

4. Zdravotní pojišťovna

5. Adresa trvalého bydliště, PSČ

6. Kontaktní osoby k projednávání důležitých informací (např. manžel(ka), rodiče, děti, vnuci, zeť, snacha):

Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr	Datum narození	Telefonní číslo	Adresa

7. Zákonný zástupce (opatrovník, *) je-li žadatel(ka) zbaven(a) způsobilosti k právním úkonům:
(Doložit usnesení soudu, který ve věci rozhodl – List o ustanovení opatrovníka)

Jméno a příjmení	
Trvalé bydliště: ulice, č.p., obec, PSČ	
Rozhodnutí soudu v:	Ze dne: čj.:



8. Má žadatel podanou žádost i do jiného sociálního zařízení? ano - ne *)			
název zařízení:		od:	
Příspěvek na péči pobírá – nepobírá *)	Výše příspěvku	Pozastaven od:	Zažádáno dne:
<p>1. Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody nebo i propuštění ze zařízení.</p> <p>2. Dále beru na vědomí, že podle § 106 odst. 5 zákona 100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení, v platném znění jsem povinen (a) do 8 dnů písemně ohlásit změny týkající se rodinných poměrů, změny bydliště, čísla telefonu, zaměstnání, změn rodinného stavu, přiznání důchodu, příspěvku na péči nebo změn výše sociálních dávek, atd. na výše uvedenou adresu.</p> <p>3. Souhlasím s poskytnutím osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.</p>			
Odevzdané přílohy a dokumenty jsou vyznačeny (zaškrtnutím) v dolní části tiskopisu.			
V:		dne:	
Vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zástupce (opatrovníka):			
Žádost zařazena do evidence žadatelů:		dne:	
Žádost zamítnuta – důvod:		dne:	
Zařízení neposkytuje služby, o které osoba žádá			
Zařízení nemá volnou kapacitu			
Žadatel nespadá do cílové skupiny			
Zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení			
Uživatel má akutní infekční nemoc			
Uživatel je závislý na návykových látkách (chronický alkoholismus a jiné toxikomanie)			



Chování uživatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití	
Uživatel, který by svým umístěním v zařízení pouze řešil svoji rodinnou nebo bytovou situaci, ale jinak je duševně i fyzicky v pořádku	
V: Domažlicích dne:	
Žádost vyřídil:	

Přílohy:

1. Lékařský posudek o zdravotním stavu žadatele, pokud klient přichází z jiného zdrav. zařízení

Dokumenty:

Kopie posledního důchodového výměru

Kopie rozhodnutí soudu o zbavení způsobilosti k právním úkonům a listina o ustanovení opatrovníkem

Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči



Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby ve zdravotnickém zařízení

(příloha k žádosti o poskytnutí sociálních služeb)

<p>1. Žadatel:</p> <p>Jméno a příjmení (u žen též rodné jméno)</p> <p>Rodné číslo:</p> <p>Bydliště:</p> <p>místo, ulice, číslo popisné PSČ</p>
<p>2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):</p>
<p>3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):</p>
<p>4. Diagnóza (česky)</p> <p>a) hlavní</p> <p>b) ostatní choroby nebo chorobné stavy</p>
<p>5. Duševní stav (projevy narušující soužití v kolektivu):</p>
<p>6. Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ? (psychiatrického, protialkoholního, neurologického, plicního, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *) – prosíme připojit výsledky vyšetření):</p>



7. Soběstačnost		
Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO - NE*)
Je upoután na lůžko	TRVALE - PŘEVÁŽNĚ*)	ANO - NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO - NE*)
Inkontinence moče:	trvale občas v noci*)	ANO - NE*)
Inkontinence stolice:	trvale občas v noci*)	ANO - NE*)
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?		

8. Jiné důležité údaje Alergie, používané ortopedické, kompenzační, inkontinentní pomůcky, nosí brýle, naslouchadla, atd.		
11. Návrh ošetřujícího lékaře o vhodnosti umístění žadatele na sociální lůžko ve ZZ		
Dne:		
.....
	razítko ZZ	podpis ošetřujícího lékaře