

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Trnová 272, obec Trnová, 252 10

tel.: +420 702 055 733, +420 601 390 322, +420 777 774 899

e-mail: info@domovborova.cz, zdravotni@domovborova.cz

web: www.domovborova.cz

DÍL A - SOCIÁLNÍ

Jméno, příjmení a titul žadatele:.....

Datum narození:

Státní příslušnost:

Zdravotní pojišťovna:.....

Adresa trvalého bydliště:.....PSC

Adresa současného pobytu:.....PSC:.....

Jméno a telefon na kontaktní osobu:

.....

Kontakt na praktického lékaře:

Kontakt na ostatní lékaře (neurolog, kardiolog atd.):

.....

.....

.....

Typ ubytování, o který mám zájem /prosíme zaškrtněte/:

- Jednolůžkový pokoj
- Dvoulůžkový pokoj

Jsem příjemcem příspěvku na péči /prosíme zaškrtněte/:

- stupeň I. /lehká závislost/
- stupeň II. /středně těžká/
- stupeň III. /těžká/
- stupeň IV. /úplná/

Jsem držitelem průkazu /prosíme, zaškrtněte/ TP x ZTP x ZTP/P

Žadatel **byl /nebyl** zbaven způsobilosti k právním úkonům /nehodící se škrtněte/

Jméno a příjmení opatrovníka:.....

Kontaktní telefon/mail opatrovníka:.....

Soběstačnost

1) Chůze (*hodící se, prosím, zaškrtněte nebo zvýrazněte*)

- 1) plně pohyblivá/ý
- 2) samostatně s pomůckou – hůl, berle, chodítko, vozík
- 3) s pomocí druhé osoby
- 4) trvale upoután/a na lůžko

2) **Přijímání stravy:** a) samostatně b) s dopomocí c) nezvládám

3) **Užívání léků:** a) samostatně b) s dopomocí c) nezvládám

4) **Osobní hygiena:** a) samostatně b) s dopomocí c) nezvládám

5) **Dieta:** a) ano - jaká.....b) ne

6) **Používání zdravotně hygienických pomůcek (Inkontinence):** ano - ne

a) občas b) trvale c) v noci

7) **Oblékání:** a) samostatně b) s dopomocí c) nezvládám

8) Smysly

- **sluch:** a) normální b) nedoslýchám c) zbytky sluchu d) neslyším
- **zrak:** a) normální b) zhoršené vidění c) zbytky zraku d) nevidomý/á

9) Orientace

Orientace v přirozeném prostředí: a) plně se orientuji b) s dopomocí c) neorientuji se

Orientace časem: a) plně se orientuji b) s dopomocí c) neorientuji se

Orientace osobou: a) plně se orientuji b) s dopomocí c) neorientuji se

Vyplňoval-li žadatel dotazník společně s další osobou, uveďte její jméno a vztah k žadateli:

.....

Předpokládaný datum nástupu:.....

.....

V dne:.....

.....

podpis žadatele podpis kontaktní osoby/opatrovníka/osoby blízké