



Sociální služby města Zákupy

příspěvková organizace

Nové Zákupy 500, 471 23 Zákupy, IČO: 71167463

Žádost o přijetí do domova pro seniory

Kontaktní údaje: Sociální služby města Zákupy, příspěvková organizace, Nové Zákupy 500, 471 23 Zákupy		Potvrzení přijetí:	
Telefon:	487874908		
Email:	reditelka@ddzakupy.cz		
web:	WWW.ddzakupy.cz		
Jméno:	Příjmení:	Rodné příjmení:	
Titul:	Rodné číslo:		
Datum narození:	Místo narození:		
Okres narození:			
Trvalé bydliště:			
Aktuální bydliště:			
Státní příslušnost:	Národnost:		
Rodinný stav:	Telefon:	e-mail:	

Příjmy:		
Druh důchodu:	Příspěvek na péči:	
Jiný příjem:		
Ustanovení opatrovníka či zástupce:		
Kontaktní osoba:		
Telefon/adresa:		
Jste ochoten/a nastoupit aktuálně do domova?	ano	ne
Další Vaše důležitá sdělení:		
Tímto uděluji souhlas ke zpracování mých osobních a citlivých údajů pro účely poskytování sociální služby a pro účely anonymního statistického zpracování. Souhlas vydávám po dobu užívání sociální služby a dále po dobu stanovenou zákonem pro archivaci dokumentů.		
Datum:	Podpis žadatele:	
Přílohy: Vyjádření lékaře o zdravotním stavu Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči Kopie rozhodnutí o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům Kopie rozhodnutí o ustanovení opatrovníka		



Sociální služby města Zákupy

příspěvková organizace

Nové Zákupy 500, 471 23 Zákupy, IČO: 71167463

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o přijetí do Domova pro seniory Zákupy

Jméno:	Příjmení:
Rodné číslo	Pojišťovna
Bydliště:	
A. Anamnéza (osobní, pracovní)	
B. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status lokalis)	
C. Diagnoza (česky) hlavní i ostatní nemoci, včetně statistické značky dle mezinárodního seznamu	
D. Duševní stav: popř. projevy narušující kolektivní soužití. Je pod dohledem speciálního oddělení? (toxikologie, psychiatrie, protialkoholní)	
1) Je žadatel pod dohledem specializovaného zdravotnického pracoviště?	

ne	ano (připojte výsledky a uveďte lékaře)
alergologie	diabetologie
chirurgie	interní
neurologie	ortopedie
plicní	hematologie
jiné	
2) Používání ortopedických a kompenzačních pomůcek	
brýle	chodítka, invalidní vozík
naslouchadlo	jiné, uveďte
3) Je zjištěn návyk na alkohol?	
4) Jsou známy projevy v chování, která narušují kolektivní soužití?	
5) Projevy agresivního chování?	
6) Je pacient schopen užívat sám léky? (aplikace inzulínu apod.)	
7) Kdy byly naposledy předepsány inkontinenční pomůcky a uveďte druh :	
8) Očkování: TAT, chřipka, pneumo, covid-19, popř. jiné, uveďte datum	
9) Jiné důležité údaje:	
10) Vyplňte následující údaje:	

Schopnost chůze po rovině	sám	s dohledem	s pomocí nebo kompenzační pomůckou	upoután na lůžko
Schopnost chůze po schodech	sám	s dohledem	s pomocí nebo kompenzační pomůckou	upoután na lůžko
Přesun na lůžko, židli		s pomocí další osoby	s komp. pomůckou	neprovede
Najedení, napití		s dohledem	s pomocí	neprovede
Schopnost konzumace jídla	samostatně	s dopomocí	neschopen	sondou
Oblékání	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede
Osobní hygiena	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede
Koupání	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede
Použití WC	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede
Schopnost dorozumět se	ano	s obtížemi	pouze verbálně	není schopen
Orientace plná	prostorová	časová	osobou	situací
Orientace částečná	prostorová	časová	osobou	situací
Kontinence moči	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní	

V _____ dne _____

Podpis ošetřujícího lékaře