



Domov důchodců
a dům s pečovatelskou službou



Žádost o přijetí do domova pro seniory

Kontaktní údaje: Domov důchodců a dům s pečovatelskou službou Zákupy, p.o., 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.	
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

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o přijetí do Domova důchodců
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. Diagnóza (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		chodítko, inv. Vozík	
naslouchadlo		jiné, uveďte	
3) Je zjištěn návyk na alkohol?			
4) Jsou známy projevy v chování, které narušují kolektivní soužití?			
5) Projevy agresivního chování?			
7) Je pacient schopen užívat sám léky? (aplikace inzulínu apod.)			

8) Kdy byly naposledy předepsány inkontinenční pomůcky a uveďte druh :

9) Očkování: TAT, chřipka, pneumo, covid-19, popř. jiné, uveďte datum

10) Jiné důležité údaje:

11) 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	samostatně	s pomocí další osoby	s komp. pomůckou	neprovede
Najedení, napití	samostatně	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	
Kontinence stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní	

Vdne

.....
razítka a podpis ošetřujícího lékaře