



Seniorský dům Písek

ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DO SENIORSKÉHO DOMU PÍSEK	Žádost přijata dne:
SENIORSKÝ DŮM PÍSEK Čelakovského 8, 397 01, Písek Telefon: 382 201 730 - recepce 382 201 731 – sociální pracovnice 732 874 017 E-mail: info@seniorskydum.cz www.seniorskydum.cz	Císlo jednací:
	Umístění požadují od:
1. Žadatel:	
..... příjmení (rodné příjmení) jméno titul	
2. Narozen:	
..... den, měsíc, rok místo okres	
3. Bydliště:	
Telefon:	
4. Státní příslušnost: Národnost:	
5. Rodinný stav: <input type="checkbox"/> svobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý/vdaná <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> ovdovělý/á	
6. Praktický lékař:	
Jméno: Sídlo:	
7. Zdravotní pojišťovna:	
8. Je-li žadatel důchodcem – druh důchodu: <input type="checkbox"/> starobní <input type="checkbox"/> invalidní <input type="checkbox"/> vdovský/vdovecký (dobrovolně – doložení kopie důchodového výměru (tato informace důležitá pro výpočet výše měsíční úhrady))	

9. Pokud nedosahuje výše příjmů na úhradu v Seniorském domě Písek, je rodina ochotna doplácet tento rozdíl:

ANO NE ČÁSTEČNĚ

Napište, kdo se bude podílet na úhradě:.....

10. Žadatel o službu pobírá příspěvek na péči: ANO NE je požádáno

(žádáme o doložení kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči)

11. Další poznámky: Zde uveďte další informace, které považujete za důležité sdělit:

12. Kontaktní osoby

Jméno, příjmení, vztah k žadateli	Adresa bydliště, e-mail	Telefon

13. Zákonný zástupce (je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo jsou jeho práva omezena, kopii rozhodnutí soudu a listinu opatrovníka přiložte k žádosti):

Jméno, příjmení:..... Adresa, telefon:.....

Rozhodnutím soudu v:..... ze dne:..... č.j.:.....

14. V případě možnosti mám zájem o:

1 lůžkový pokoj

2 lůžkový pokoj

15. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

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, event. i propuštění ze zařízení sociální služby.

.....
Dne

.....
podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

16. Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů:

V souladu s ustanoveními zákona č. 101 / 2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů, které souvisí s přijetím do Seniorského domu Písek, a to až do doby její skartace

.....
podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

17. Upozornění:

Upozorňujeme, že do našich zařízení přijímáme osoby, které vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou dlouhodobě zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí (ani za pomoci ostatních dostupných sociálních služeb), včetně občanů potřebujících trvalou péči na ošetřovatelských odděleních

- péče je hrazena příspěvkem na péči (pokud je přiznán)
- v případě, že uživatel nepobírá příspěvek na péči, péči si hradí z vlastních příjmů

Upozorňujeme, že do zařízení nepřijímáme osoby:

- se závislostí na alkoholu, návykových látkách a hazardních hrách, které by svými projevy a chováním narušovali soužití s ostatními uživateli služby
- osoby trpící významnou poruchou osobnosti, která by narušovala soužití s ostatními uživateli služby - požadující pouze ubytování, stravování a s tím spojené služby

Vyjádření lékaře k žádosti o umístění do Seniorského domu Písek /doklad k žádosti/

Jméno a příjmení:..... Rodné jméno (u žen):.....

Datum narození:.....

Místo narození:.....

Bydliště:.....

Rodné číslo:.....

Zdravotní pojišťovna:.....

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní) :

3. Objektivní nález

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití) :

5. Diagnóza (česky) :
podle mezinárodního seznamu

Statistická značka hlavní choroby

- a) Hlavní
- b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE
Je upoután trvale – převážně*) na lůžko ANO NE
Je schopen sám sebe obsloužit ANO NE
Pomočuje se trvale ANO NE
občas ANO NE
v noci ANO NE
Potřebuje lékařské ošetření trvale ANO NE
občas ANO NE

Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.

ANO NE

Potřebuje zvláštní péči – případně přístup poskytovatele sociální služby:

Je sledován pro (infekční onemocnění, MRSA, bacilonosičství atd.)

ANO - uveďte druh onemocnění:.....
 NE

7. Jiné údaje:

Dieta:

Závislost na alkoholu ANO NE

Závislost na omamných látkách ANO NE jakých:

Závislost na hazardních hrách ANO NE

Agresivita ANO NE

Ostatní:

Dne:

Podpis vyšetřujícího lékaře:

.....
Razítko lékaře

* nehodící se škrtněte

Přílohami žádosti jsou:

- ❖ lékařská zpráva praktického lékaře
- ❖ důchodový výměr z ČSSZ – informace dobrovolná, ale velmi důležitá
- ❖ rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- ❖ vyjádření lékaře psychiatra, pokud jej žadatel navštěvuje, nebo je jeho posouzení nezbytné k přijetí do zařízení
- ❖ pokud má žadatel ustanoveného soudem opatrovníka – doložení Ustanovení opatrovnictví

ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DO SENIORSKÉHO DOMU PÍSEK ZASÍLEJTE NA ADRESU:

Seniorský dům Písek a.s.

Čelakovského 8

397 01 Písek