



# Sociální služby města Zákupy

příspěvková organizace

Nové Zákupy 500, 471 23 Zákupy, IČ:711 674 63

## 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:	<a href="mailto:reditelka@ddzakupy.cz">reditelka@ddzakupy.cz</a>		
web:	<a href="http://WWW.ddzakupy.cz">WWW.ddzakupy.cz</a>		
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:
<b>Přílohy:</b> 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, IČ:711 674 63

## *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?	

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

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	

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

---

Podpis ošetřujícího lékaře