



## ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

**Domov seniorů Mšeno, příspěvková organizace**

**• Domov pro seniory •**

Boleslavská 451, 277 35 Mšeno, tel.: 315 694 721 - 2, fax.: 315 693 860  
e-mail: dsmseno@seznam.cz, www.dsmseno.cz

\_\_\_\_\_

Datum podání žádosti

1. Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

2. Datum narození: \_\_\_\_\_

3. Bydliště: \_\_\_\_\_

4. Příspěvek na péči - stupeň: \_\_\_\_\_

Pokud není dosud příspěvek na péči přiznán, doložte kopii žádosti.

5. Kontaktní osoba, která vyřizuje žádost (pokud jí není žadatel) nebo Zákonný zástupce (je-li ustanoven \*) :

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

6. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce), kontaktní osoby:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

Prohlašuji, že dávám organizaci svým podpisem souhlas k zajišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů – podkladů pro jednání o přijetí do zařízení, podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu řízení až do doby archivace a skartace. Prohlašuji, že jsem obeznámen/a, že mohu tento souhlas kdykoliv odvolat.

Pověřuji výše uvedenou kontaktní osobu k zastupování při jednání s organizací.

\_\_\_\_\_

Podpis kontaktní osoby

\_\_\_\_\_

Podpis žadatele (zákonného zástupce)

V....., dne....., Telefon.....

\*) nehodící se škrtněte

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o přijetí k pobytu**  
**• Domov seniorů Mšeno, p. o. •**

<p>_____</p> <p>Datum podání</p>	
<b>1. Žadatel</b>	
Jméno a příjmení: _____	
Datum narození: _____	
Bydliště: _____	
Zdravotní pojišťovna: _____	
<b>2. Anamnéza (rodinná, osobní):</b>	
<b>3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):</b>	
<b>4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):</b>	
<b>5. Diagnóza:</b>	
a) hlavní	
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy	
<b>6. Přílohy:</b>	
a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu;	
b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno;	
c) podle potřeby - na návrh ošetřujícího lékaře - výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.	

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO - NE*)
Je upoután TRVALE - PŘEVÁŽNĚ*) na lůžko	ANO - NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO - NE*)
Inkontinence	ANO - NE*)
Potřebuje lékařské ošetření: trvale	ANO - NE*)
občas	ANO - NE*)
Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ - např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, apod.*)	ANO - NE*)
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?	
8. Další speciální údaje, např.:	
HB s Ag	ANO - NE*)
TBC	ANO - NE*)
9. Jiné důležité údaje:	
Dne: .....	Podpis a razítko praktického/ošetřujícího lékaře žadatele
10. Vyjádření praktického lékaře Domova seniorů Mšeno o vhodnosti přijetí žadatele:	
Dne: .....	Podpis a razítko lékaře DSM

\*) nehodící se škrtněte