**Žádost o přijetí na lůžko sociální péče**

**Vysočinské nemocnice s.r.o.**

****Pracoviště: Nemocnice Humpolec, 5.května 319, 396 01 Humpolec

tel. 565 501 314, fax: 565 501 316\*

****Pracoviště: Nemocnice Ledeč – Háj, Háj 675, 584 01 Ledeč nad Sázavou

tel.569 492 101, fax:569 492 104\*

 Datum podání žádosti.....................

**ÚDAJE O ŽADATELI:**

Jméno a příjmení:…........................................................... Datum narození…........................

Bydliště: ….................................................................................................PSČ …......................

Zdravotní pojišťovna: …................... Praktický lékař: .............................................................

**Zákonný zástupce/opatrovník,** **je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům\*** (nutno doložit usnesení soudu, který ve věci rozhodl – Listina o ustanovení opatrovníka).

**ANO NE ZAHÁJENO ŘÍZENÍ (kdy,kde......................................)**

Jméno a příjmení..........................................................................................................................

Kontaktní adresa:.......................................................................................................................

Telefon:............................................................E-mail: …..........................................................

Rozhodnutí soudu …...............................ze dne …..............................čj.....................................

**Žádost do domova pro seniory**:\* ** ANO  Ne**

Datum podání: …............................ Místo: ….............................................................................

Datum podání ..................................Místo: …….…..................................................................

**Příspěvek na péči:\*** ** ANO /stupeň (I,II,III,IV) …...............  Ne**

**Podána žádost o příspěvek na péči:\*** ** ANO, kdy …................................  Ne**

**Důchod:\*** ** ANO** (druh: starobní,vdovský,  invalidní), splatnost: ….....................

 ** NE**

**Jiný příjem\*** (např. dávky hmotné nouze – příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení): .......................................................................................................................................................

 **ANO  NE**

**Nárokuji sníženou úhradu za stravu a ubytování:**

**ANO NE**

**Spolupráce s rodinou:\***

 **ANO  NE  OSAMĚLÝ**

**Důvod podání žádosti**:. …................................................................................................................................................... .…..................................................................................................................................................

…...................................................................................................................................................

**ÚDAJE O KONTAKTNÍ OSOBĚ** (pro jednání ve věci vyřízení žádosti, pro případ informování o náhlém zhoršení zdravotního stavu (hospitalizaci) nebo úmrtí).

Jméno a příjmení :................................................................., vztah k žadateli: ….......................

Kontaktní adresa:..........................................................................................................................

Telefon: ….................................................................E-mail: ….................................................

Jméno a příjmení :................................................................., vztah k žadateli: ….......................

Kontaktní adresa:..........................................................................................................................

Telefon: ….................................................................E-mail: …..................................................

**Prohlášení žadatele (opatrovníka):**

**Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a o svobodné vůli a jsem si vědom/a případných následků, které by mohly uvedením nepravdivých údajů nebo zatajením případných následků, které by mohly uvedením nepravdivých údajů nebo jejich zatajením vzniknout.**

**V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů souvisejících s poskytováním soicální služby a to až do doby jejich řádného skartování.**

V ….....................dne …..................... …...........................................................................

 vlastnoruční podpis žadatele/zákonného zástupce

**Záznamy poskytovatele služby:**

|  |  |
| --- | --- |
| Zařazení žádosti do pořadníku čekatelů: |  |
| Výzva k přijetí na sociální lůžko:  |  |
| Přijetí na sociální lůžko: |  |
| Odmítnutí žádosti/důvod: |  |

\* **zakřížkujte odpovídající variantu**

**Příloha k žádosti č. 1**

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální službu, kterou poskytovatel požaduje **doložit se žádostí o sociální službu**.

|  |
| --- |
| 1. Žadatel……………………………………………………datum narození………………… příjmení (u žen též rodné) jménoTrv. bydliště…………………………………………………………………………………..(místo, ulice, číslo, směrovací číslo) |
| 2. Zaškrtněte prosím, zda\*:a) zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,b) žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu závažné akutní infekční nemoci,c) chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití,d) žadatel trpí Alzheimerovou chorobou nebo vyšším stupněm jiné demence,e) pro žadatele neplatí žádná z výše uvedených možností \**V případě možností* ***a)-d)*** *nemusíte vyplňovat zbytek žádosti, pouze razítko a podpis,**v případě možnosti* ***e)*** *vyplňte prosím zbytek žádosti.* |
| 3. Anamnéza (rodinná, osobní) |
| 4. Objektivní nález: (status praesens generalis: v případě orgánovéhopostižení i status localis) |
| 5. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití): |
| 6. Diagnoza (česky) Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamua) hlavní: b) ostatní choroby nebo chorobné stavy: |
| 8. Potřebuje lékařské ošetření - trvale: ANO NE\* - občas: ANO NE\*Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např.: plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.\*Potřebuje zvláštní péči – jakou?:Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitální chorobu?ANO NE\*Pokud ano, pro jakou?…………………………………Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu? ANO NE\*Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě, kým sledován:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Přílohya) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územněpříslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózub) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikovánoc) podle potřeby-na návrh ošetřujícího lékaře – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp.chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření |
| 9. Jiné údaje:……………………………………………………………Dne: Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře |

\*nehodící se škrtněte