 VYSOČIŇSKÉ NEMOCNICE	Formulář – sociální lůžka	F – VN- 4
	Vysočinské nemocnice s r.o., 5. května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 2 z 4

Spolupráce s rodinou:*

ANO

NE

OSAMĚLÝ

Důvod podání žádosti:

.....

ÚDAJE O KONTAKTNÍ OSOBE (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 (Subjekt údajů):

Souhlasím s poskytnutím osobních údajů a zvláštních osobních údajů za účelem zájmu Subjektu údajů uzavřít s poskytovatelem smlouvu o poskytnutí sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče. Údaje budou zpracovávány po dobu ne delší, než je nezbytně nutné pro účel zpracování OÚ.

Subjekt údajů prohlašuje, že byl Správcem (Vysočinské nemocnice, s.r.o.) řádně poučen o zpracování a ochraně osobních údajů, že výše uvedené údaje jsou přesné a pravdivé a jsou Správcem údajů poskytovány dobrovolně.

Zpracování osobních údajů probíhá v souladu s příslušnými právními normami o ochraně osobních údajů, zejména s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR).


Vdne

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**

 VYSOČIŇSKÉ NEMOCNICE	Formulář – sociální lůžka	F – VN- 4
	Vysočinské nemocnice s r.o., 5. května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 3 z 4

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) jméno Trv. 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 <i>*V případě možnosti a)-d) nemusíte vyplňovat zbytek žádosti, pouze razítko a podpis, v případě možnosti e) vyplňte prosím zbytek žádosti.</i>	
3. Anamnéza (rodinná, osobní)	
4. Objektivní nález: (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)	
5. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):	
6. Diagnoza (česky) a) hlavní: b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:	Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu
8. Potřebuje lékařské ošetření - trvale: ANO NE* - občas: ANO NE*	

 VYSOČIŇSKÉ NEMOCNICE	Formulář – sociální lůžka	F – VN- 4
	Vysočinské nemocnice s r.o., 5. května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 4 z 4

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:

.....
.....

Přílohy

a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i 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

Žadatel je schopen:

a) podpisu Ano Ne

b) porozumět textu Ano Ne

c) běžné komunikace Ano Ne

9. Jiné údaje:

Dne:

.....
Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

*nehodící se škrtněte