

ŽÁDOST o poskytnutí služeb Městského centra komplexní péče, organizační složky Města Benátky n. Jiz. <input type="checkbox"/> Pečovatelská služba <input type="checkbox"/> Domov pro seniory <input type="checkbox"/> Denní stacionář <input type="checkbox"/> Odlehčovací služby	Den podání žádosti	Číslo OP
		Rodné číslo

1. Žadatel
příjmení (i rodné) jméno titul

2. Narozen
den, měsíc, rok místo okres

3. Bydliště

4. Státní příslušnost Národnost

5. Rodinný stav: svobodný/á ženatý, vdaná rozvedený/á vdova, vdovec

6. Životní povolání

7. Druh důchodu: starobní invalidní vdovský
výše důchodu výše příspěvku na péči

8. Příjem
 příspěvek na zvýšené životní náklady podle vyhlášky 182/1991 Sb. § 42 odst. 4. (na použití ortopedických, kompenzačních a jiných pomůcek)Kč
 příplatek důchodu podle nařízení vlády č. 622/2004 Sb. v platném znění (o poskytování příplatku k důchodu ke zmírnění některých krivd způsobených komunistickým režimem v oblasti sociální)Kč
 příjem z pronájmuKč
 příjem z pojištění pro případ dožití určitého věku dle zákona č. 110/2006 Sb. § 7 odst. 2Kč
 další opakující se nebo pravidelné příjmyKč

9. Odůvodnění nutnosti umístění
.....
.....
.....

10. Osoby žijící ve společné domácnosti: manžel(ka), děti, příbuzní, atd.

Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Rok narození	Přesná adresa	Telefon

11. Osoby bydlící mimo společnou domácnost(manžel/ka a děti:

Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Rok narození	Přesná adresa	Telefon

12.
Jméno a adresa zákonného zástupce, jeli žadatel-ka zbaven/a způsobilosti k právním úkonům
rozhodnutí soudu vze dne.....čj.

13. Kdo má být zpraven o závažných životních okolnostech Klienta např. změna zdrav. stavu apod.

Jméno a přesná adresa:

.....

Telefon:..... E-mail:

14. 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.

Dne.....

Vlastnoruční podpis žadatele
(zákonného zástupce)

15. Souhlas se zpracováním osobních údajů:

a) v souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. ve znění pozdějších předpisů o ochraně osobních údajů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů souvisejících s pobytem v zařízení, jejich předání do zařízení do něhož budu přijat, a to až do doby jejich archivace a skartace,

b) v souladu se směrnicemi zákona č. 20/1966 Sb. ve znění pozdějších předpisů o péči o zdraví lidu, souhlasím s tím, aby do mé dokumentace nahlíželi osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a vedoucí zařízení pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění úkolu,

c) souhlasím s fotografováním pro provozní účely a zveřejňování fotografií pro reprezentaci zařízení

Dne.....

Vlastnoruční podpis žadatele
(zákonného zástupce)

Vyjádření lékaře
Pro umístění v Městském centru komplexní péče
Benátky nad Jizerou II.593

Příjmení	Jméno	Datum narození
Trvalé bydliště		
Zdravotní pojišťovna	Ošetřující lékař, jeho adresa	
Číslo:	Měsíc a rok registrace:	

Výpis ze zdravotní dokumentace:

Anamnéza:

Objektivní nález:

Duševní stav:

Diagnózy /česky/:

Stat.značka:

a) hlavní

b) ostatní choroby

Dohled specializovaného oddělení zdravotnického zařízení /pokud ANO, vypsát KDE/

Plicní

Oční

Interna

Psychiatrie

Neurologie

Ortopedie

Chirurgie

Diabetologie

Alkoholicko-toxikologická poradna

Jiné:

Soběstačnost: zakroužkujte variantu odpovídající skutečnosti

1. orientace:		osobou			místem			časem		
		plně	částečně	není	plně	částečně	není	plně	částečně	není
2. chůze:	Sám	S pomocí kompenzačních pomůcek (vyberte kterých):			Hůl, berle			Nechodí (trvale upoután na lůžko)		
					Chodítko					
					Inv.vozík					
3.inkontinence:		moč			stolice					
stupeň		I.	II.	III.	I.	II.	III.			
4. závislost na pomoci druhé osoby:										
nezávislý		lehká		středně těžká		těžká		úplná		

Datum,razítko a podpis
lékaře