

**D I A K O N I E** Českobratrské církve evangelické

Domov odpočinku ve stáří, Diakonie – středisko v Rýmařově, Dolní Moravice č. 25

**Žádost o přijetí  
do Domova odpočinku ve stáří**

**Žádost o přijetí do Domova odpočinku ve stáří do služby:**

- a) domova pro seniory
- b) domova se zvláštním režimem

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>Rodné příjmení:</b>	
<b>Žadatel:</b>		
<b>Narozen:</b>	<b>v:</b>	
<b>Bydliště:</b>		
<b>Do Domova odpočinku ve stáří bych chtěl/a</b> <b>trvale od:</b>		
<b>Důvody pro které podávám tuto žádost:</b>		
<b>Mám zájem o ubytování:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Jednolůžkové</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dvojlůžkové</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vícenůžkové</b>
Sociální služba Domova se zvláštním režimem nedisponuje 1lůžkovým pokojem		

**Blízcí příbuzní (děti, vnuci, zeťové, snachy, příp. jiní)**

Jméno a příjmení: Příbuzenský poměr: Bydliště: Telefon a email:

---

---

---

---

---

**Kdo má být informován o případné změně mého zdravotního stavu:**

(Jméno a příjmení, Bydliště, telefonický kontakt)

**Souhlas se zpracováním osobních údajů:**

V souladu s §5 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů souvisejících s přijetím do zařízení a s pobytem v zařízení, a to až do doby jejich archivace a skartace.

V souladu s § 45 zákona č. 372/2011 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, souhlasím s tím, aby do mé zdravotní dokumentace nahlížely osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání zaměstnané v Domově odpočinku ve stáří a ředitelka zařízení pouze v rozsahu nezbytném pro splnění konkrétního úkolu.

Vlastnoruční podpis:

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

**Upozornění pro žadatele:**

K žádosti, prosím, přiložte vyjádření lékaře o zdravotním stavu, Vaše žádost by byla neúplná a my bychom nemohli Vaši žádost zařadit do pořadníku čekatelů.

K žádosti doložte prosím také kopii důchodového výměru a kopii o výši přiznaného příspěvku.

Vaši žádosti nebudeme moci patrně ihned vyhovět. V každém případě Vás budeme informovat, že jsme ji obdrželi a jaké jsou naše možnosti.

V případě, že se jedná o osobu zbavenou nebo omezenou k způsobilosti k právním úkonům doložte, prosím, kopii listiny o ustanovení opatrovníka. V případě zmocnění k právním úkonům doložte, prosím, kopii plné moci.

Provozovatelem domova je DIAKONIE Českobratrské církve evangelické

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  
o zdravotním stavu žadatele  
o umístění do zařízení sociální  
péče pro dospělé občany

.....  
Rodné číslo žadatele  
(dle občanského průkazu)

Doklad k žádosti

<b>1. Žadatel</b>	..... příjmení (u žen též rodné jméno)	..... jméno		
narozen	..... den, měsíc, rok	..... místo		
bydliště	..... místo	..... ulice	..... číslo	..... okres
	..... pošta	..... směrovací číslo		
<b>2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)</b>				
<b>3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě postižení i status localis)</b>				
<b>4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):</b>				
<b>5. Diagnóza</b>	(česky): a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy	Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu		
<b>6. Přílohy</b>				
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. laboratorního vyšetření. d) provedená očkování (hepatitida typu B, pneumokoku, proti klíšťové encefalitidě, tetanu, chřipce atd.)				

7.

Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE*)
Je upoután trvale – převážně*) na lůžko		ANO	NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO	NE*)
Je schopen porozumět textu, mluvenému slovu		ANO	NE*)
Pomočuje se	trvale	ANO	NE*)
	občas	ANO	NE*)
	v noci	ANO	NE*)
Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE*)
	občas	ANO	NE*)
Je pod dohledem specializovaného lékaře - např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. Chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *)		ANO	NE*)
Potřebuje zvláštní péči – jakou:			

**8. Zdravotní pojišťovna:**

**9. Jiné údaje:**

Dne:.....

.....  
podpis ošetřujícího lékaře  
(jmenovka)

.....  
razítko ošetřujícího lékaře

**10. Vyjádření lékaře Domova odpočinku ve stáří o vhodnosti umístění žadatele do zařízení sociální péče pro dospělé osoby.**

Dne:.....

.....  
podpis (jmenovka)

\*) Nehodící se škrtně