

Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava – Poruba, Léčebna pro
dlouhodobě nemocné FNO, Klokočov č. 59, 747 47 Vítkov-Klokočov
Registrovaná pod číslem: 4831262

ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ NA SOCIÁLNÍM LŮŽKU

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....Číslo OP:.....

Rodinný stav:.....

Trvalé bydliště:.....

Momentální pobyt:.....

Praktický lékař žadatele:.....

Charakter bytu (velikost, kategorie, vlastník, částka úhrady za nájemné a další náklady za
bydlení):

.....
.....

Výše a druh důchodu:.....Splatnost:.....

Finanční závazky (splátky apod.)

Příspěvek na péči:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> přiznán ve výši:.....
vyplácen | <input type="checkbox"/> žádost podána dne:.....
složenkou | <input type="checkbox"/> nepřiznán
na účet |
|--|---|---|

Mám - nemám podanou **žádost o umístění v domově pro seniory nebo penzionu.**

Adresa domova pro seniory:.....Datum podání:.....

.....Datum podání:.....

.....Datum podání:.....

Měl(a) - Neměl(a) **zavedenu pečovatelskou službu.**

Kontakt:.....

Důvody pro umístění na sociálním lůžku:

.....
.....

Osoby bydlící se žadatelem ve společné domácnosti:

Jméno a příjmení	Vztah k žadateli	Telefonický kontakt	Email

Další osoby blízké, bydlící mimo společnou domácnost:

Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Bydliště	Telefonický kontakt	Email

V případě mého nedostatečného měsíčního příjmu bude zbývající část úhrady za ubytování a stravování do výše vyúčtování v příslušném měsíci hradit na základě uzavřené samostatné dohody **Osoba blízká:**

Jméno a Příjmení:.....

Datum narození:.....

Bydliště:.....

Kontaktní telefon:.....

Emailová adresa:.....

!K žádosti přiložte také kopii aktuálního důchodového výměru a kopii rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči.!

Souhlasím se zpracováním poskytnutých osobních údajů pro potřeby služby sociální péče v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých údajů v platném znění.

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé.

V dne:..... Podpis žadatele.....

VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE:

Jméno a příjmení pacienta: _____ rodné číslo: _____

Adresa: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Dg.

Dávkování léků:

Duševní stav a projevy narušující kolektivní soužití:

Je schopen (-na) chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
Je upoután (-a) trvale - převážně na lůžko	ANO	NE
Používá ortopedické či jiné pomůcky	ANO	NE
Je schopen (-na) sám (sama) sebe obsloužit	ANO	NE
Výživa: JÍ SÁM SONDA	ANO	NE
Je inkontinentní		
- trvale	ANO	NE
- občas	ANO	NE
- v noci	ANO	NE
Alergie (pokud ano – jaká)	ANO	NE
Smyslová postižení	ANO	NE
Potřebuje lékařské ošetření		
- trvale	ANO	NE
- občas	ANO	NE
Je léčen(a) nebo sledován(a) pro infekční onemocnění	ANO*	NE

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. - uveďte:

Potřebuje zvláštní péči - jakou:

Dne:.....

.....
razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Přílohy:- **popis rtg. snímku plic**. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu,

* v případě sledování pro infekční onemocnění doložit výsledky vyšetření na **bacilonosičství**