



Domov Větrný mlýn Skalička

Skalička č.p. 1, 753 52

podací razítko

doplní zařízení

--

Žádost o poskytování sociální služby v Domově Větrný mlýn Skalička, p.o.

(domovy pro osoby se zdravotním postižením)

Jméno a příjmení žadatele		Datum narození:
Adresa:	Důchod: ANO*) NE	Příspěvek na péči: ANO NE V ŘÍZENÍ

Uveďte stručně důvod podání žádosti

Jméno, adresa a telefon kontaktní osoby. (opatrovník, zákonný zástupce, rodič, jiná oprávněná osoba)

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele a doporučení lékaře o vhodnosti umístění žadatele do pobytového zařízení, zejména s přihlédnutím k kontraindikaci k přijetí:

- zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotním zařízení
- akutní infekční nemoc
- osoba vážným způsobem narušuje kolektivní soužití z důvodu poruchy chování, agresivity, závislosti na alkoholu a jiných toxických látkách

Diagnóza:

Duševní stav:

Agresivita a poruchy chování:

Sebeobsluha:

upoután na lůžko	ANO - NE	Zvláštní péče (léčba)	ANO (jaká?)	NE
schopen chůze	ANO - NE			
schopen chůze pomocí druhé osoby	ANO - NE			
pohyb pomocí invalidního vozíku	ANO - NE			
jiné pomůcky umožňující chůzi	ANO - NE	Jiné důležité sdělení:		
samostatnost při úkonech o vlastní osobu	ANO - NE			
inkontinence (úplná, částečná, v noci)	ANO - NE			

podpis lékaře

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů pro potřeby evidence Domova Větrný mlýn Skalička

V dne:.....

podpis žadatele
(opatrovníka, zákonného zástupce)

*) zakroužkujte správnou odpověď

