

**ŽÁDOST**

**O přijetí do Léčebny dlouhodobě nemocných**

**Chittussiho 1a, 160 00 Praha 6-Bubeneč**

(zřízená ÚMČ Praha 6)

**I. Údaje o žadateli:**

Jméno a příjmení…………………………………………………………………………………….

Rodné číslo:……………………………………… stav:……………………………………………

Bydliště:……………………………………………………………………………………………..

(vypsat prosím přesně číslo popisné i orientační, část obce a PSČ)

Pojišťovna:................................. OP č:…………………………….........................

**II. Údaje o nejbližším příbuzném/kontaktní osobě:**

Jméno a příjmení:………………………………………………………………………………………………..

Příbuzenský poměr:…………………………………… Telefon:……………………………….

Bydliště:……………………………………………………………………………………………….

E-mail:......................................................................

**III. Žadatel je t.č: …………………………………………………………………………..**

Žadatel nastoupí z/kdy:……………………………………………………………………………….

**IV. Žadatel si podal žádost do Domova pro seniory:**

Kam:………………………………………… kdy:……………………………………………….

**V. Příspěvek na péči ve výši:..........................stupeň: ………………………………**

**Příspěvek byl zažádán dne:**…………………………………………………………………………

**VI. Druh a výše příjmu žadatele: …………………………………………………………**

**VII. Kam bude žadatel propuštěn po hospitalizaci v našem zařízení:**

………………………………………………………………………………………………………

**Prohlášení žadatele, popř. jeho příbuzných:**

Jsem si vědom toho, že žádám o přijetí do Léčebny dlouhodobě nemocných, odkud budu po ukončení léčby (buď zhojením, či stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu) propuštěn do domácího ošetření či přemístěn do jiného zařízení.

………………………………………………. ………………………………………

 podpis zastupujícího podpis žadatele

**VII. Vyplní ošetřující lékař žadatele:**

Diagnózy (lze nahradit kopií lékařské zprávy z nemocnice)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Aktuální medikace: ………………………………………………………………………………………………………….**

…………………………………………………………………………………………………

**…………………………………………………………………………………………………**

**T.č. u nemocného není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického kontraindikujícího přijetí.**

…………………………………………… ……………………………………………………. datum podpis a razítko lékaře, který žádost vyplnil

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**VIII. Sociální šetření:** (vyplní nejbližší příbuzný nebo soc. pracovnice)

\* žadatel je schopen chůze: bez pomoci s pomocí – jakou ……………............

\* žadatel je schopen se sám najíst: ano – ne, obléct: ano - ne

\* žadatel provádí hygienu sám: ano – ne, s pomocí: ano – ne, vůbec ne

\* žadatel používá: záchod sám nebo: používá WC křeslo pleny

\* psychický stav žadatele je:……………………………………………………………………

\* bytová situace žadatele (patro, výtah, schody):………………………………………............

…………………………………………………………………………………………………..

\* praktický/obvodní lékař žadatele:…………………………………………………………….

\* jiný důležitý lékař/kontakt žadatele:............................................................................ ............

\* poznámky sociální pracovnice:…………………………………………………………….....

…………………………………………………………………………………………………..

…………………….. …………………………….

žádost přijímá soc. pracovnice LDN žadatele přijímá