



ŽÁDOST

**O přijetí do Léčebny dlouhodobě nemocných
Chittussiho 1108/1a, 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)

.....
.....

VIII. Očkování: Prevenar Covid 19 ze dne:

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

IX. 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