

Žádost o přidělení bytu v DPS

Podací razítko :

A. Vyplní žadatel

Jméno a příjmení : Stav :
Datum narození : Rodné číslo
Bydliště : Tel.

Jsem nájemník obecního bytu : ANO – NE
Po přidělení bytu v DPS vrátím byt bytovému fondu obce ANO – NE
Mám zájem a potřebu využívat pečovatelské služby (praní, úklid, dovoz obědů aj.) ANO – NE
Stručný důvod žádosti :

.....
datum podání žádosti :

.....
podpis žadatele

B. Vyplní ošetřující lékař (zajistí žadatel)

Stručné vyjádření o celkovém zdravotním stavu žadatele (zda odpovídá umístění žadatele do DPS)

Zdravotní stav žadatele odpovídá umístění do DPS : ANO – NE

.....
datum

.....
potvrzení ošetřujícího lékaře

C. Vyjádření vedoucí DPS (zajistí OÚ Zbůch)

.....
datum

.....
podpis vedoucí DPS

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
o zdravotním stavu žadatele
o umístění do ústavu sociální
péče pro dospělé

OP žadatele

.....
číslo série

.....
RČ žadatele

Doklad k žádosti:

1. Žadatel
příjmení (u žen též rodné jméno) jméno

narozen
den, měsíc, rok místo

bydliště
místo ulice číslo okres

.....
pošta PSČ

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

3. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis)

4. Duševní stav (popř.projevy narušující kolektivní soužití)

5. Diagnóza (česky) :

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

6. Přílohy: a) popis rtg snímku, 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 nebo vedoucího lékaře sociálního zabezpečení v okrese (v kraji) ... výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp.chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE	*)
Je upoután trvale - převážně *) na lůžko		ANO	NE	*)
Je schopen sám sebe obsloužit		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 odděl., např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *)				
Potřebuje zvláštní péči		ANO	NE	*)

8. Jiné údaje :

Dne

.....
podpis vyšetřujícího lékaře
(jmenovka)

9. Vyjádření vedoucího lékaře sociálního zabezpečení v okrese (v kraji) *) a vhodnosti umístění
žadatele do ústavu sociální péče pro dospělé občany

Dne

.....
podpis (jmenovka)

*) Nehodící se škrtněte !