



Domov seniorů Dobré časy  
Boží Hora 1726/41  
664 91 Ivančice  
Kontakt na soc.pracovníka: + 420 737 387 692  
socialni@dsdobrecasy.eu  
www.dsdobrecasy.eu

## Žádost o přijetí do zařízení dlouhodobé lůžkové péče

jméno	příjmení
-------	----------

rodné číslo	titul
-------------	-------

zdravotní pojišťovna	stav	státní příslušnost
----------------------	------	--------------------

### Bydliště

město	ulice
PSC	telefon

důvod k přijetí
-----------------

<p><b>anamnéza včetně známých alergií:</b></p>   <p><b>objektivní nález včetně hmotnosti, TK, TF:</b></p>   <p><b>dieta č.:</b></p>   <p><b>diagnózy, pro které nemocný je nebo byl léčen:</b></p>
---

Pravidelně užívaná medikace a její dávkování:				

<b>soběstačnost</b>	ano	ne	s dopomocí
hygiena			
příjem stravy			
oblékání			
posazování			
stoj			
chůze			

<b>mobilita, pomůcky</b>	ano	ne	<b>kontinence</b>	ano	ne	
imobilní			moč			
otočí se na lůžku			PMK			datum zavedení PMK:
sed v křesle			stolice			datum poslední stolice:
chůze s dopomocí			<b>kuřáctví</b>	ano	ne	
chůze samostatná			stopkuřák			
nízké chodítko			aktivní kuřák/čka			
vysoké chodítko			<b>žilní vstup</b>			

<b>smyslové poruchy</b>	ano	ne	<b>orientace</b>	ano	ne	<b>psychické poruchy</b>	ano	ne
omezení zraku			plná			deprese		
omezení sluchu			omezená			demence		
						psychóza		

<b>spolupráce při rehabilitaci</b>	ano	ne	<b>komunikační bariéry</b>	ano	ne
aktivní spolupracující			poruchy řeči		
částečně aktivní			- porozumění		
zcela pasivní			- vyjádření		
odmítá rehabilitaci			dysartrie		
			cizinec		

**dekubity, jiné poruchy kožního krytu**

**Kontaktní osoby**

<b>jméno, příjmení, vztah</b>		<b>jméno, příjmení, vztah</b>	
<b>adresa</b>		<b>adresa</b>	
<b>telefon</b>		<b>telefon</b>	
<b>email</b>		<b>email</b>	

**Praktický lékař**

<b>jméno, příjmení</b>	
<b>adresa</b>	
<b>telefon</b>	<b>email</b>

**Sociální situace**

<b>žije</b>	<b>příspěvek na péči</b>	<b>žádost o umístění do zařízení sociální péče</b>
s rodinou	nemá	nepodána
sám	stupeň	podána
v zařízení sociální péče	žádost podána kdy	- kam - kdy

**Po ukončení léčby bude nemocný propuštěn**

<b>adresa</b>
---------------

**Další informace důležité pro rozhodnutí o přijetí nemocného**

--

**Datum** ..... **Razítko a podpis lékaře, zařízení** .....

Souhlasím s úhradou za nadstandardní vybavení pokoje - 290 Kč/den.

**Datum** ..... **Podpis žadatele** .....