

**NADĚJE, POBOČKA ZLÍN**  
**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**



**DOMOV PRO SENIORY / DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**  
\*)

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05, Zlín  
tel.: 575 758 131, mobil 778 474 741

<b>1. Jméno a příjmení, titul žadatele:</b>
Rodné příjmení:
Datum narození a místo:
Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ):
Telefon:
Adresa nynějšího pobytu žadatele:

Státní příslušnost:
Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiné osoby:

<b>2. Kontaktní osoba</b> (rodinný příslušník, jiná blízká osoba žadatele):
Jméno a příjmení:.....
Adresa:.....
Vztah k žadateli:.....
Telefonní kontakt:.....
E-mail: .....

<b>4. Důvody žádosti</b> (stručně můžete popsat, co Vás vede k podání žádosti, např. zhoršení zdravotního stavu...):
--



**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele  
o poskytování sociálních služeb  
domova pro seniory / domova se zvláštním režimem \*)**

NADĚJE, pobočka Zlín

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05 Zlín

**1. Žadatel:**.....

příjmení a jméno

Narozen:.....

den, měsíc, rok

Bydliště.....

město, ulice, číslo popisné

**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)

Číslo diagnózy podle MKN:

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

**6. Je schopen chůze bez cizí pomoci** ano - ne - s dopomocí \*)  
**Je upoután na lůžko:** ano - ne \*)  
**Jestliže je upoután na lůžko, tak:** PŘEVÁŽNĚ - ČÁSTEČNĚ \*)  
**Je schopen sám sebe obsloužit:** ano - ne - částečně \*)  
**Je v čase, prostoru a vlastní osobou orientován:** ano - ne - částečně \*)  
**Inkontinence:** ne \*)  
občas  
v noci  
trvale  
**Potřebuje ošetrovatelskou péči:** trvale občas \*)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ – např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. \*)

Potřebuje zvláštní péči - jakou:

**7. Další speciální údaje, např.:**

- psychiatrické onemocnění
- abusus alkoholu
- TBC
- HbSAg

**8. Jiné údaje:**

Dne: .....  
razítko ZZ ..... podpis vyšetřujícího lékaře

\*) nehodící se škrtněte