



Jméno, příjmení a titul klienta

Datum narození

Rodinný stav

Státní příslušnost

Zdravotní pojišťovna

Bydliště klienta (Ulice, č.p., PSČ, Město)

E-mail na klienta

Telefonní číslo na klienta (bez mezer)

Důvod žádosti k přijetí klienta

Odkud klient přichází (typ a místo)

domov nemocnice LDN sociální zařízení

Název nemocnice, LDN nebo sociálního zařízení ze kterého klient přichází

Druh sociální služby, o kterou má klient zájem

Domov pro seniory

Typ pokoje, o jaký má klient zájem

Jednolůžkový pokoj Dvoulůžkový pokoj Třílůžkový pokoj

Příspěvek na péči, který klient pobírá

Nepobírá I. stupně II. stupně III. stupně IV. stupně

Datum požadovaného přijetí

Jméno, příjmení a titul kontaktní osoby

Vztah ke klientovi

Bydliště kontaktní osoby

E-mail na kontaktní osobu

Tel. číslo na kontaktní osobu

Jméno, příjmení a titul praktického lékaře klienta

E-mail na praktického lékaře

Tel. číslo na praktického lékaře

Adresa praktického lékaře

Pokud je klient v péči jiných odborných lékařů, prosíme o uvedení jakých

Dieta

- Ano Ne

Pokud ano, jaká

Pomůcka klienta

- Hůl Berle Chodítko Vozík

Míra soběstačnosti chůze klienta

- Samostatná S pomocí druhé osoby S pomůckou Trvale upoután/a na lůžku

Míra soběstačnosti oblékání klienta

- Samostatně S pomocí Nezvládá

Míra soběstačnosti příjmu stravy klienta

- Samostatně S pomocí Nezvládá

Míra soběstačnosti osobní hygieny klienta

- Samostatně S pomocí Nezvládá

Míra soběstačnosti klienta na toaletě

- Samostatně S pomocí Nezvládá

Sprchování klienta

- Ve stoje V sedě Na lůžku

Inkontinenční pomůcky

- Trvale Občas Nepoužívá

Sluch klienta

- Normální Nedoslýchá Neslyší

Zrak klienta

- Normální Zhoršené vidění Nevidomý/á

Orientace klienta v přirozeném prostředí

- Plně se orientuje S dopomocí Neorientuje se

Orientace klienta v čase

- Plně se orientuje S dopomocí Neorientuje se

Spánek klienta

- Klidný Narušený



Dominantní ruka

Pravák Levák

Je klient kuřák

Ne Ano

Běžné denní aktivity klienta

Poznámky o životě klienta / životopis

Očekávání, potřeby a cíle pobytu v DS Střekov

Poznámka k žádosti

V (město)

Dne (datum vyplnění žádosti)

Jméno a příjmení zástupce klienta v žádosti o přijetí

E-mail zástupce klienta v žádosti o přijetí

Podpis klienta

**Klient stvrzuje svým podpisem, že bude každých 6 měsíců ode dnešního data svou žádost aktualizovat.
V opačném případě bude žádost vyřazena z čekací listiny.**

DS Střekov, s.r.o.
Na Dolinách 23/15
147 00, Praha 4
Provozovna
Máchova 1094/1
400 03 Ústí nad Labem
honzajkova@dsmachova.cz
+420 774 410 714