

	Formulář Sociální lůžka	FP_4
	MEDIRECO NEMOCNICE s.r.o. 5 května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 1 z 4

ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA LŮŽKO SOCIÁLNÍ PÉČE MEDIRECO NEMOCNICE s.r.o.

☐ Pracoviště: Nemocnice Humpolec, 5.května 319, 396 01 Humpolec
tel. 565 501 314, fax: 565 501 316*

☐ Pracoviště: Nemocnice Ledec – Háj, Háj 675, 584 01 Ledec nad Sázavou
tel.569 492 101, fax:569 492 104*

Datum podání žádosti.....

ÚDAJE O ŽADATELI:

Jméno a příjmení: Datum narození.....

Bydliště:PSČ

Zdravotní pojišťovna: Praktický lékař:

Zákonný zástupce/opatrovník, je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům* (nutno doložit usnesení soudu, který ve věci rozhodl – Listina o ustanovení opatrovníka).

☐ ANO ☐ NE ☐ ZAHÁJENO ŘÍZENÍ (kdy, kde.....)

Jméno a příjmení.....

Kontaktní adresa:.....

Telefon:.....E-mail:

Rozhodnutí souduze dnečj.....

Žádost do domova pro seniory:* ☐ ANO ☐ Ne

Datum podání: Místo:

Datum podáníMísto:

Příspěvek na péči:* ☐ ANO /stupeň (I,II,III,IV) ☐ Ne

Podána žádost o příspěvek na péči:* ☐ ANO, kdy ☐ Ne

Důchod:* ☐ ANO (druh: ☐ starobní, ☐ vdovský, ☐ invalidní), splatnost:

☐ NE

Jiný příjem* (např. dávky hmotné nouze – příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení):

.....

☐ ANO

☐ NE

Nárokuji sníženou úhradu za stravu a ubytování:

☐ ANO

☐ NE

	Formulář Sociální lůžka	FP_4
	MEDIRECO NEMOCNICE s.r.o. 5 května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 4 z 4

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např.: plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.*

Potřebuje zvláštní péči – jakou?:

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitární chorobu?

ANO NE*

Pokud ano, pro jakou?.....

Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu? ANO NE*

Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě, kým sledován:

.....
.....

Přílohy

a) popis RTG snímku plic, 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 – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp.

chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření

Žadatel je schopen:

- | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|
| a) podpisu | ☐ Ano | ☐ Ne |
| b) porozumět textu | ☐ Ano | ☐ Ne |
| c) běžné komunikace | ☐ Ano | ☐ Ne |

9. Jiné údaje:

Dne:

.....
Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

*nehodící se škrtněte