



Domov se zvláštním režimem Krásná Lípa

zřizovatel hlavní město Praha
Čelakovského 13, 407 46 Krásná Lípa
Tel.: 724 147 324, fax: 412384111
E-mail: havlickova@dzrkrasnalipa.cz



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM KRÁSNÁ LÍPA

1. Žadatel/ka:	příjmení	jméno
2. Narozen/a:	den, měsíc, rok	
3. Bydliště:	adresa	telefon
4. Státní příslušnost:		
5. Příjmy žadatele:		
Druh důchodu:	Stupeň PnP:	
6. Důvod umístění v domově:		

* 15. Příbuzní nebo blízcí		
Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	kontaktní údaj

16. Jméno a adresa opatrovníka, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům:

.....
 (rozhodnutí soudu v ze dne č.j.)

* 17. Kdo má být zpraven o vážném onemocnění nebo hospitalizaci žadatele a kontaktní adresa pro podávání dalších informací, pomoc při řešení problémů:

Jméno a přesná adresa:

Telefon: E-mail:

18. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

a) Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. i ukončení smlouvy.

b) Zavazuji se, že informuji Domov se zvláštním režimem Krásná Lípa o změnách údajů uvedených v této žádosti.

c) Poskytnuté osobní údaje slouží výhradně k posouzení této žádosti Domovem se zvláštním režimem Krásná Lípa a jsou zpracovány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES a dalších relevantních právních předpisů.

..... dne
 čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho opatrovníka

*** Nepovinný údaj**

Přílohy:

Vyjádření ošetřujícího lékaře

Kopie žádosti resp. rozhodnutí o příspěvku na péči

Případně kopie rozsudku o zbavení způsobilosti k právním úkonům

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE o zdravotním stavu žadatele o umístění do DZR Krásná Lípa

Žadatel/ka: příjmení jméno
Narozen/a: den, měsíc, rok místo	
Bydliště: adresa	
Anamnéza:		
Objektivní nález:		
Duševní stav, př. projevy narušující kolektivní soužití:		
Diagnóza (hlavní i ostatní choroby)		
Je schopen/a chůze bezdopomoci	ANO	NE */
Je upoután/a na lůžko	ANO	NE */
Je schopen/a sebeobsluhy	ANO	NE */
Inkontinence	ANO	NE */
Je pod dohledem specializovaného oddělení	ANO	NE */
- např. psychiatrie, plicní, ortopedie, neurologie, poradny diabetologické, protialkoholní */		
*/ <i>nehodící se škrtněte</i>		
Další údaje		

.....
dne

.....
podpis lékaře, razítko