



Osoby bydlící se žadatelem ve společné domácnosti			
Jméno a příjmení	Vztah k žadateli	Telefonický kontakt	Email

Další osoby blízké, bydlící mimo společnou domácnost:				
Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Bydliště	Telefonický kontakt	Email

V případě mého nedostatečného měsíčního příjmu bude zbývající část úhrady za ubytování a stravování do výše vyúčtování v příslušném měsíci hradit na základě uzavřené samostatné dohody **Osoba blízká**:

**Jméno a příjmení:** .....

**Datum narození:** .....

**Bydliště:** .....

**Telefonický kontakt:** .....

**Email:** .....

**K žádosti přiložte také kopii aktuálního důchodového výměru a kopii rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči!**

Souhlasím se zpracováním poskytnutých osobních údajů pro potřeby služby sociální péče v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění.

**Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé.**

V ..... dne ..... podpis žadatele

## VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Jméno a příjmení pacienta: ..... rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Zdravotní pojišťovna: ..... Telefonický kontakt: .....

Diagnózy: .....

Dávkování léků: .....

Duševní stav a projevy narušující kolektivní soužití: .....

Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci ANO  NE

Je upoután(a) trvale - převážně na lůžko ANO  NE

Používá ortopedické či jiné pomůcky ANO  NE

Je schopen(a) sám (sama) sebe obsloužit ANO  NE

Výživa ANO  NE

jí sám ANO  NE  sonda ANO  NE

Je inkontinentní ANO  NE

trvale  občas  v noci

Alergie (pokud ano – jaká) ANO  NE

Smyslová postižení ANO  NE

Potřebuje lékařské ošetření ANO  NE

trvale  občas

Je léčen(a) nebo sledován(a) pro infekční onemocnění ANO\*  NE

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. - uveďte:

Potřebuje zvláštní péči - jakou: .....

V ..... dne ..... Identifikace a podpis ošetřujícího lékaře

Přílohy:- **popis rtg. snímku plic.** V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.

\* v případě sledování pro infekční onemocnění doložit výsledky vyšetření na **bacilonosičství**