

Žiadosť o umiestnenie v Zariadení sociálnych služieb MEDIK-M, n.o.

ŽIADATEĽ

Priezvisko:		Meno:	
Rodné priezvisko:		Titul:	
			Zdr. poisťovňa :
Dátum narodenia:		Miesto narodenia:	
Kontakt – telefón:			
e-mail:			
Trvalé bydlisko:			
Štátne občianstvo:			
Rodinný stav: *			
<input type="checkbox"/> slobodný/á		<input type="checkbox"/> ženatý/vydatá	<input type="checkbox"/> rozvedený/á
<input type="checkbox"/> vdovec/ vdova		<input type="checkbox"/> žije s druhom/družkou	
Dosiiahnuté vzdelanie:			
Druh dôchodku:		Výška dôchodku mesačne:	
Číslo rozhodnutia:			
Stupeň odkázanosti:		Rozhodnutie:	
Vierovyznanie:			
Momentálny stav klienta - popísať vlastnými slovami (mentálny, fyzický, zdravotný, hmotnosť klienta...).			

MANŽEL/MANŽELKA

Priezvisko:		Meno:		Titul:	
V prípade úmrtia:	Dátum úmrtia:		Miesto úmrtia:		

POŽADOVANÁ DIÉTA*

<input type="checkbox"/> racionálna	<input type="checkbox"/> diabetická	<input type="checkbox"/> iná, vypíšte
-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

* hodiace sa označte krížikom

BUDÚCU ZMLUVU O POSKYTOVANÍ SLUŽIEB ZSS PODPISUJE:

klient horeuvedený zákonný zástupca klienta

1. PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE / príbuzný, ktorý podpisuje) “ Zmluvu o platení úrady za sociálnu službu“

Vzťah:			
Meno a priezvisko:			
Telefón:		e-mail:	
Adresa:			

2. PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE /povinne vyplniť/

Vzťah:			
Meno a priezvisko:			
Telefón:		e-mail:	
Adresa:			

V PRÍPADE ÚMRTIA KLIENTA:*

Želanie žiadateľa <input type="checkbox"/> pochovanie do zeme <input type="checkbox"/> spopolnenie
Pohrebný ústav:
Kontaktná osoba:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

(v prípade zbavenia alebo obmedzenia svojprávnoti alebo na základe plnomocenstva)

Svojprávnot' klienta obmedzená: *			
<input type="checkbox"/> úplne <input type="checkbox"/> čiastočne (popíšte aké úkony zvláda)			
Vzťah ku klientovi			
Priezvisko:	Meno:	Titul:	
Adresa trvalého bydliska:			
Adresa kontaktného bydliska (ak je iná ako adresa trvalého bydliska):			
Kontakt:			
Telefón:			
E-mail:			

Zdravotný dotazník

Meno, priezvisko, titul	
Rodné číslo	
Trvalé bydlisko	
Prakt. lekár	
Zdravotná poisťovňa	
Alergie	
Zdr. diagnózy	
Aktuálna liečba/lieky	
Hmotnosť	
Stravovanie/strava/diéta/ žuvanie/chrup/samostatnosť, NG sonda	
Vedomie/orientácia	
Kognitívne funkcie (pamäť, logika)	
Komunikácia/reč	
Zrak/okuliare	
Sluch/hluchota/ načúvací aparát	
Mobilita/chôdza/palica/ inv. vozík/doprovod	
Hygiena/ sám/pomoc	
Vylučovanie- moč/PMK stolica/abs. pomôcky /zápcha-hnačka	
Dýchanie/kyslík	
Koža/narušenie kožného krytu/modriny/dekubity	
Cirkulácia/opuchy	
Spánok/lieky na spanie	
Bolesť/ lieky	
Diabetik – strava/glukomer+pásiky, inzulín. pero, diabet. knižka	

Dátum:

Podpis/meno a vzťah ku klientovi.....

VYHLÁSENIE O PRAVDIVOSTI ÚDAJOV

Žiadateľ alebo jeho zákonný zástupca /meno a priezvisko/.....
svojím podpisom potvrdzuje, že údaje uvedené v žiadosti o umiestnenie do Zariadenia sociálnych
služieb sú pravdivé.

V, dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis
žiadateľa alebo zákonného zástupcu