

**Příloha k žádosti o umístění do Domova s pečovatelskou službou Buštěhrad
s provozem Po – Ne od 6.00 do 18.00 hod (15.00 hod)**

1. Osobní údaje žadatele (vyplní žadatel):

Jméno:.....**Příjmení:**.....

Den, měsíc a rok narození:.....

Telefon:.....

Bydliště:.....

2. Prohlášení

Souhlasím s uvedením osobních údajů a údajů o svém zdravotním stavu ošetřujícím lékařem v této příloze, pro potřeby posouzení mé žádosti o umístění do DPS Buštěhrad.

Všechny údaje v tomto dokumentu jsou uvedeny na osobní žádost žadatele a žadatel souhlasí s předáním osobních údajů v uvedeném rozsahu, pro účely Sociálně zdravotního výboru MěÚ Buštěhrad, který posuzuje zdravotní způsobilost žadatele o umístění do DPS Buštěhrad dle vyhlášky č.182/1991 Sb příloha č.7. Tento výbor se řídí zákonem č. 101/2000 Sb ve znění pozdějších předpisů o ochraně osobních údajů. Dle § 5 byl žadatel informován k jakému účelu jsou výše uvedené údaje použity, na jak dlouhou dobu a kdo je bude zpracovávat. (Soc.zdr. výbor, ředitel DPS)

Dne..... Podpis.....

**3. Vyjádření ošetřujícího praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele
o umístění do DPS Buštěhrad (vyplní lékař)**

a) ANAMNÉZA (rodinná, osobní, alergologická, farmakologická vč. návykových látek, sociální, pracovní, nynější onemocnění)

b) OBJEKTIVNÍ NÁLEZ (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)

c) DUŠEVNÍ STAV (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

d). DIAGNÓZA (česky) hlavní dg slovy

statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu klasifikace nemocí:

ostatní choroby nebo chorobné stavy:

4. ŽADATEL

Je soběstačný i v nepřítomnosti jiné osoby (15.00-6.00 hod)	ano	ne
Je schopen chůze bez cizí pomoci	ano	ne
Je upoután trvale na lůžko	ano	ne
Je upoután převážně na lůžko	ano	ne
Je schopen sám sebe obsloužit	ano	ne
Pomočuje se trvale	ano	ne
občas	ano	ne
v noci	ano	ne
Potřebuje lékařské ošetření trvale	ano	ne
občas	ano	ne

Je pod dohledem specializovaného odd.ZZ např. plicní, neurologické, psychiatrické, dialyzační, ortopedické, chirurgické, interní, poradny diabetické, protialkoholní apod.,
pokud ano, uveďte příslušná oddělení:

.....
Potřebuje zvláštní péči – jakou:
.....

5. JINÉ ÚDAJE ČI DŮLEŽITÉ POZNÁMKY:

Dne.....

.....
podpis a razítko ošetřujícího lékaře