

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ do: Nemocnice Český Brod s.r.o.**  
Žižkova 282, 282 01 Český Brod

**1. Údaje o žadateli**

Jméno a příjmení žadatele: .....  
Datum narození: .....  
Stav: .....  
Adresa trvalého bydliště: .....  
Adresa momentálního pobytu: .....

---

**2. Údaje o nejbližším příbuzném, kontaktní osobě či zákonem zástupci**

Jméno a příjmení: .....  
Příbuzenský vztah: .....  
Bydliště: .....  
Telefon: .....  
E-mail: .....

---

**3. Sociální situace**

Žijete  
⇒  sám/a                       s rodinou                       u příbuzných  
⇒  v rodinném domě                       v bytě

Podaná žádost do domova pro seniory  
⇒ NE  
⇒ ANO - Kam 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Žadatel/ka přichází  
 z domova                       ze zdravotnického zařízení

Důvod podání žádosti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Očekávání a cíle žadatele/lky \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Plátce pobytové služby \_\_\_\_\_

#### 4. **Aktuální stav klienta**

➤ **chůze samostatná**

Ano       Ne

➤ **chůze s pomocí**

FH       berlí       chodítka       hole       není schopen       invalidní vozík

➤ **pohyb na vozíkú**

samostatný       s pomocí

➤ **pohyblivost s pomocí**

s lehkou dopomocí       s velkou pomocí

➤ **pohyblivost na lůžku**

částečná       nepohyblivost

➤ **mobilita**

úplná       částečná       imobilní

➤ **hygiena**

samostatná       s dopomocí       není schopen/a

➤ **vyprazdňování**

dojde na WC       pojízdné WC, mísa       inkontinentní pomůcky

➤ **stravování**

u stolu       na lůžku       nají se sám/a       s pomocí       není schopen/a

➤ **oblékání**

sám       s pomocí       není schopen/a

➤ **kuřák**

ANO       NE

➤ **smyslové poruchy**

zrak       sluch       řeč

**5. Jméno a adresa obvodního lékaře:**

---

---

---

**6. Potvrzení ošetřujícího lékaře**

Výše jmenovaný klient/ka již nevyžaduje akutní lékařskou péči. Mohl/a by být tedy propuštěn/a do domácí péče. Vzhledem k tomu, že není možné zajistit vhodnou ambulantní, terénní, či pobytovou službu, může využít sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, které poskytuje Nemocnice Český Brod s.r.o., prostřednictvím sociálních lůžek, dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §52.

Dne .....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

**7. Aby byla žádost kompletní doložte následující dokumenty:**

- ⇒ Kopie o výši příjmu
- ⇒ kopie dohodnutí o příspěvku na péči – pokud je přiznaný
- ⇒ lékařskou zprávu, pokud je žadatel umístěn v jiném zdravotnickém zařízení než v Nemocnici Český Brod s.r.o.

---

Svým podpisem dávám souhlas se zpracováním a archivací osobních údajů (v souladu se zákonem 101/200Sb. o ochraně osobních údajů) k evidenci žadatele/ky v Nemocnici Český Brod s.r.o.

.....

Podpis žadatele/ky

V ..... dne .....