

10.
Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům.
Rozhodnutí soudu v ze dne
č. j.

11. Kontaktní osoba:

Jméno a adresa (vztah k žadateli).....

.....

Telefon:

12. **Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě.

Souhlasím se zpracováním a archivováním osobních a citlivých údajů, uvedených v žádosti a v přílohách k žádosti.

Rovněž souhlasím s tím, že mé osobní údaje (jméno a příjmení, datum narození a trvalé bydliště) budou použity do centrální evidence odboru sociálních věcí, školství, sportu a volnočasových aktivit Magistrátu města Ostravy.

Beru na vědomí, že moje žádost může být vyřazena z evidence, jestliže údaje uvedené v žádosti nebudou aktualizovány.

.....
vlastnoruční podpis žadatele nebo zákonného zástupce

V dne

Vyjádření lékaře o aktuálním zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby v Domově Iris

Dle §91, odst. 4 zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách, je zájemce povinen před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu.

1. **Žadatel(ka)**
příjmení (případně rodné jméno) jméno

narozen(a)
den, měsíc, rok

bydliště
místo ulice číslo

zdravotní pojišťovna:

2. **Objektivní nález** (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

3. **Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

4. **Diagnóza** (česky):
a) hlavní
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

5. **Poslední medikace:**

6. Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci		ANO	NE *)
Je upoután(a) trvale – převážně *) na lůžko		ANO	NE *)
Je schopen(a) sám sebe obsloužit		ANO	NE *)
Inkontinence trvale		ANO	NE *)
občas		ANO	NE *)
v noci		ANO	NE *)
Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE *)
	občas	ANO	NE *)
Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *)			
Potřebuje zvláštní péči – jakou:			
7. Návyk na alkohol		ANO	NE *)
Poruchy chování		ANO	NE *)
Schopnost žít v kolektivu		ANO	NE *)
Orientace místem, časem, osobou		ANO	NE *)
Agresivita		ANO	NE *)
Noční aktivita		ANO	NE *)
8. Dieta: a) normální	b) šetřící		c) diabetická
9. Jiné údaje:			
Dne			
..... razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)			

*) Nehodící se škrtněte