Převzal:

Dne:

**DŮM KNĚŽNY EMMY**

**DOMOV PRO SENIORY**

**IČ: 705 66 241**

**277 11 Neratovice, Kojetická 1414**

**tel.: 315 630 511, e-mail: dke@demmy.cz**

**Záznamový list**

základní informace poskytované zájemcem o službu

domov pro seniory domov se zvláštním režimem

Pobyt: doba určitá doba neurčitá

Veškeré Vámi poskytnuté údaje budou zpracovány v souladu s obecným nařízením o ochraně osobních údajů a budou využívány pouze pro účely spojené s řízením k žádosti o službu v DKE

**Jméno a příjmení**…………………………………………………………...

**Datum narození**…………………………………………………………….

**\*Rodné číslo**…………………………………………………………………

**Trvalý pobyt**……………………………………**okres**……..………………

**Současný pobyt**……………………………………………………………...

**Telefon**………………………………………………………………………

**\*Důchod** (přesná výše)………………………………………………………

**\*Příspěvek na péči**………………………………………………………….

**Co mne přimělo žádat o pobytovou službu v DKE?**

……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

**Jakou potřebuji pomoc?**……………………………………………………

……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

\*nepovinný údaj

Máte-li zájem, uveďte osobu, která může být přítomna jednání o přijetí:

Jméno a příjmení…………………………………………………………….

Bydliště………………………………………………………………………

Telefon…………………………………příbuz. poměr……………………..

E-mail………………………………………………………………………..

Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven nebo omezen způsobilosti k právním úkonům:

Jméno a příjmení……………………………………………………………..

Bydliště………………………… …………………………………………...

Telefon …………………………..příbuz. poměr …………………………..

Rozhodnutí soudu v……………………..ze dne………….č.j………………

Jiná sdělení:

………………………………………………………………………………

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

Zásadní změny v údajích (změna bydliště, telefon, výše příspěvku na péči, změna osobní situace, nástup do jiného zařízení, ukončení zájmu o službu aj…) ohlásím sociálním pracovnicím domova.

V případě, že žadatel nebo jeho zástupce nepotvrdí zájem na trvání žádosti alespoň jednou ročně (telefonicky, písemně, osobně), bude žádost posouzena jako ukončení zájmu žadatele o službu a vyřazena z registru žádostí.

Souhlasím se správou, zpracováním a uchováním svých osobních údajů

pověřenými pracovníky DKE.

Dne……………………. …………………………………..

podpis žadatele / zákonného zástupce

**Vyjádření lékaře[[1]](#footnote-1)**

**ke zdravotnímu stavu žadatele o pobytovou službu**

Vyjádření praktického lékaře je součástí záznamového listu vycházející z obecně závazných právních předpisů, především zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Jméno, příjmení, titul žadatele……………………................................................................................

**Zaškrtněte platnou odpověď**

1. Vyžaduje zdravotní stav žadatele nepřetržitý dohled lékaře?

ANO NE

1. Vyskytuje se u žadatele infekční onemocnění (akutní, chronické)?

ANO NE

1. Vyskytuje se u žadatele syndrom demence?

ANO NE

1. Vyskytuje se u žadatele chronické duševní onemocnění?

ANO NE

1. Vyskytuje se u žadatele závislost na návykových látkách?

ANO NE

Dne ............................ .... Podpis a razítko lékaře

……………………………………

1. Toto vyjádření je nedílnou součástí záznamového listu [↑](#footnote-ref-1)