



Dátum:

ŽIADOSŤ

o umiestnenie v Útulku pre občanov bez prístrešia Trenčianska 46 Nové Mesto nad Váhom

Meno a priezvisko žiadateľa:

Rodné číslo:

Číslo preukazu totožnosti:

Stav:

Trvalé bydlisko:

Príjem (dôchodok, DvHN):

Majetkové pomery:

Počet detí / Vyživovacia povinnosť:

V prípade vážneho ochorenia prípadne úmrtia oznámte správu:

.....

Dôvod Vašej žiadosti:

.....

O ubytovanie žiadam na dobu:

Svoju bytovú otázku hodlám riešiť nasledovne:

.....

Poznámka:

Čestne prehlasujem, že údaje, ktoré som v žiadosti uviedol sú pravdivé a v súčasnej dobe nie je proti mojej osobe vedené trestné stíhanie.

.....

podpis žiadateľa

VYJADRENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE

ŽIADATEĽA O UMIESTNENIE V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Žiadateľ:
.....
.....

priezvisko (u žien aj rodné)	meno	titul
------------------------------	------	-------

Dátum a miesto narodenia:
deň, mesiac, rok obec okres

Rodné číslo:

Bydlisko:

.....		
ulica, číslo	obec	PŠČ

Anamnéza (rodinná, pracovná, osobná)

Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia status praesens localis):

Duševný stav , prípadne prejavy narúšajúce spolunažívanie:

Diagnóza (slovensky):

a) hlavná

b) ostatné choroby alebo chorobné stavy

Štatistická značka hlavnej choroby
(podľa medzinárodného zoznamu)

Je schopný chôdza bez cudzej pomoci:		áno - nie *
Je pripútaný trvale - prevažne na posteľ:		áno - nie *
Je schopný sám sa obslúžiť:		áno - nie *
Pomočuje sa:	trvale	áno - nie *
	občas	áno - nie *
	v noci	áno - nie *
Potrebuje lekárske ošetrovanie:	trvale	áno - nie *
	občas	áno - nie *
Je pod dohľadom špecializovaného oddelenia:		
	interného	áno - nie *
	pľúcneho	áno - nie *
	neurologického	áno - nie *
	psychiatrického	áno - nie *
	ortopedického	áno - nie *
Je pod dohľadom poradne:		
	diabetickej	áno - nie *
	protialkoholickej	áno - nie *
	inej (akej):	áno - nie *
Potrebuje osobitnú starostlivosť: (uviesť)		
Iné údaje:		
dňa:	pečiatka	podpis vyšetrujúceho lekára
Doporučenie lekára o vhodnosti umiestnenia žiadateľa do zariadenia sociálnych služieb:		
dňa	pečiatka	podpis vyšetrujúceho lekára
Prílohy: a) Popis RTG snímku pľúc nie starší ako 3 mesiace. V prípade ochorenia hrudných orgánov sa musí predložiť aj vyjadrenie územne príslušného odborného lekára pre choroby pľúc a tuberkulózy b) Výsledky vyšetrenia na bacilonosičstvo nie staršie ako 3 týždne BWR c) Potvrdenie o bezinfekčnosti obyvateľa a jeho okolia nie staršie ako 3 dni d) Podľa potreby, na návrh ošetrojúceho lekára, výsledky vyšetrenia interného, neurologického, psychiatrického, ortopedického a pod.		

* Čo sa nehodí prečiarknite!

Pozn.: Vyjadrenie o zdravotnom stave žiadateľa je neoddeliteľnou súčasťou žiadosti o umiestnenie v zariadení sociálnych služieb