

# MĚSTSKÝ ÚŘAD KUNOVICE

odbor hospodářsko-správní  
686 04 Kunovice, nám. Svobody 361

---

## Žádost o umístění do Domu pro seniory v Kunovicích

Příjmení a jméno žadatele \_\_\_\_\_

Bydliště žadatele \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_ Číslo OP \_\_\_\_\_

Rodinný stav \_\_\_\_\_ Druh důchodu \_\_\_\_\_

Žadatel bydlí:

- ve vlastním domě - v podnájmu - u příbuzných - s rodinou - osaměle

*Kdo má být zpraven o vážném onemocnění nebo úmrtí žadatele, bude-li do DPS přijat:*

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Přesná adresa \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Zdůvodnění žádosti \_\_\_\_\_

---

příloha: - vyjádření ošetřujícího lékaře (viz tiskopis)

- fotokopie důchodového výměru nebo potvrzení výše důchodu poštovním úřadem

Datum \_\_\_\_\_ Vlastnoruční podpis \_\_\_\_\_

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele

razítko OSSZ OkÚ

Občanský průkaz žadatele

číslo

série

Rodné číslo žadatele (dle občanského průkazu)

## 1. Žadatel

příjmení (u žen též rodné jméno)	jméno
narozen	místo
den, měsíc, rok	
bydliště	číslo nové/staré
místo	okres
ulice	
pošta	směrovací číslo

## 2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

## 3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

## 4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

5. Diagnóza (česky)  
a) hlavní  
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

6. Přílohy

- popis rtg snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu;
- výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno;
- podle potřeby - na návrh ošetřujícího lékaře nebo vedoucího lékaře soc. péče okresního úřadu - výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření.

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE*)
Je upoután trvale - 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 oddělení ZZ např. plicního, neurologického, ANO	ANO	NE*)
psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *)		
Potřebuje zvláštní péči - jakou.		

8. Jiné údaje:

dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 podpis vyšetřujícího lékaře   
 (jmenovka)

\_\_\_\_\_   
 razítko ZZ

9. Vyjádření vedoucího lékaře sociální péče okresního úřadu \*) o vhodnosti umístění žadatele do ústavu sociální péče pro dospělé občany.

Dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 podpis (jmenovka)

\*) Nehodící se škrtněte