

Žiadosť o prijatie do zariadenia sociálnych služieb

Žiadosť o prijatie do zariadenia sociálnych služieb			
<input type="checkbox"/> špecializované zariadenie		<input type="checkbox"/> zariadenie opatrovateľskej služby	
Klient			
Meno a priezvisko:		Rodné číslo:	
Trvalé bydlisko:		Číslo preukazu totožnosti:	
Zdravotná poisťovňa:			
Máte vydané právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na poskytovanie sociálnych služieb?			
<input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> áno (ak áno, prosím, vyplňte ešte nasledovné údaje)	
Číslo rozhodnutia:		Rozhodnutie vydal:	
Kontaktná osoba (syn, dcéra, iný rodinný príslušník klienta)			
Meno a priezvisko:		Číslo preukazu totožnosti:	
E-mail:		Tel. číslo:	
Zdravotný stav klienta			
Psychický stav			
<input type="checkbox"/> orientovaný	<input type="checkbox"/> dezorientovaný	<input type="checkbox"/> komunikuje	<input type="checkbox"/> nekomunikuje
Chôdza			
<input type="checkbox"/> mobilný	<input type="checkbox"/> imobilný	<input type="checkbox"/> čiastočne	<input type="checkbox"/> úplne
Prijem potravy			
<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocou druhej osoby	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> PEG
Diétna strava			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno		
Inkontinencia			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno pomôcky: <input type="checkbox"/> vložky <input type="checkbox"/> plienky <input type="checkbox"/> zavedený PK		
Dekubity			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno		
Poznámka:			
V podpis klienta resp. kontaktnej osoby	