



ŽÁDOST O HOSPITALIZACI

léčebna dlouhodobě nemocných

POSKYTOVATEL SLUŽBY | Nemocnice Počátky, s.r.o. | Havlíčkova 206, Počátky 394 64 | IČ: 262 16 701 | DIČ: CZ 262 16 701
společnost je zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Českých Budějovicích, oddíl C, vložka 11977
tel. +420 565 301 370 | fax +420 565 495 632 | www.ldn-pocatky.cz | ldn-pocatky@ldn-pocatky.cz

DATUM PŘIJETÍ ŽÁDOSTI *)

ČÍSLO ŽÁDOSTI *)

*) vyplní poskytovatel

I. ODDÍL – ÚDAJE O ŽADATELI

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (PŘÍP. RODNÉ), TITUL

DATUM A MÍSTO NAROZENÍ

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

RODINNÝ STAV

ADRESA MÍSTA TRVALÉHO POBYTU

ULICE

ČÍSLO POPISNÉ / ORIENTAČNÍ

PSČ

OBEC

MÍSTNÍ ČÁST

STÁT

TELEFON

KONTAKTNÍ ADRESA (JE-LI ODLIŠNÁ)

PRAKTICKÝ LÉKAŘ (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, ADRESA, KONTAKT)

II.A ODDÍL – ÚDAJE O NEJBLIŽŠÍM PŘÍBUZNÉM A KONTAKTNÍCH OSOBÁCH (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, PŘÍBUZENSKÝ POMĚR, KONTAKTNÍ ADRESA, TELEFON, E-MAIL) K PROJEDNÁNÍ DŮLEŽITÝCH INFORMACÍ – ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU ŽADATELE (VYPLNÍ SOCIÁLNÍ PRACOVNICE, ŽADATEL NEBO PŘÍBUZNÝ)

II.B ODDÍL – ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI (OPATROVNÍKOVI) JE-LI SVĚPRÁVNOST ŽADATELE OMEZENA (NUTNO DOLOŽIT ROZHODNUTÍ SOUDU, KTERÝ VE VĚCI ROZHODL – LIST OPATROVNÍKA)

JMÉNO, PŘÍJMENÍ, PŘÍBUZENSKÝ POMĚR

KONTAKTNÍ ADRESA

TELEFON, E-MAIL

ROZHODNUTÍ SOUDU V

ZE DNE

Č.J.

III. ODDÍL – SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ

A) ŽADATEL BYL / JE NYNÍ UMÍSTĚN (UVEĎTE ZAŘÍZENÍ A OBDOBÍ POBYTU)

B) ŽADATEL ŽIJE S RODINOU SÁM DOMOV DŮCHODCŮ ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE DPS JINÉ

C) PODÁNA ŽÁDOST DO JINÉHO SOCIÁLNÍHO ZAŘÍZENÍ NE ANO (UVEĎTE ZAŘÍZENÍ A DATUM PODANÍ ŽÁDOSTI)

D) PŘEVZETÍ ŽADATELE PO UKONČENÍ HOSPITALIZACE

RODINA DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU DOMOV DŮCHODCŮ ZAJIŠTĚNA PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

IV. ODDÍL – JINÁ SDĚLENÍ ŽADATELE (POPŘ. INDIVIDUÁLNÍ PLÁN CÍLŮ ŽADATELE VČ. UVEDENÍ DŮVODU, PROČ ŽADATEL ŽÁDÁ O HOSPITALIZACI A PROČ SE O NĚJ RODINA NEMŮŽE POSTARAT)

V. ODDÍL – PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom(a) toho, že uvedení nepravdivých údajů může mít za následek případný nárok náhrady vzniklé škody, vyřazení z pořadníku čekatelů nebo ukončení hospitalizace.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech, ve znění pozdějších předpisů, uděluji svým podpisem také souhlas výše uvedenému poskytovateli ke zpracování mých osobních a citlivých údajů pro účely řízení související s umístěním do geriatrického centra – léčebny dlouhodobě nemocných. Jsem seznámen(a) a souhlasím se všemi podmínkami týkající se hospitalizace a úhrady za ni vyjádřené v dokumentu „Informace pro pacienty“.

V _____ dne _____

Jméno, příjmení a podpis žadatele (příp. zákonného zástupce)

K žádosti přiložte:

- vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele (příloha k Žádosti o hospitalizaci);
- v případě propuštění žadatele ze zdravotnického zařízení (nemocnice) doložte překladovou, popř. propouštěcí zprávu (epikrizu) vč. kontaktu na ošetřujícího lékaře nebo sociální sestru;
- v případě příjmu žadatele od praktického lékaře doložte poukaz typu K nebo výměnný list s diagnózou a medikací;
- v případě omezení svéprávnosti žadatele nutno doložit kopii rozhodnutí soudu, který ve věci rozhodl, a usnesení o ustanovení opatrovníka;
- je možné doložit i aktuální důchodový výměr, popř. ostatní příjmy ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů, či rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči.