

### Část první

#### Identifikace zdravotnického zařízení

název ZZ:	Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí Janov oddělení sociálních lůžek
adresa:	Mirošov, U léčebny 500, PSČ 338 43
telefon/fax:	+420 371 512 119, 129
e-mail:	sekretariat@janov.cz
web:	<a href="http://www.janov.cz">www.janov.cz</a>

### Část druhá

<b>1. Jméno a příjmení žadatele:</b>		<b>2. Rodné číslo:</b>	
<b>3. Datum narození:</b>		<b>4. Telefon:</b>	<b>5. Zdravotní pojišťovna:</b>
<b>6. Adresa trvalého bydliště, PSČ:</b>			
<b>7. Kontaktní osoby k projednání důležitých informací (manžel/ka, děti, další příbuzní, osoba blízká) :</b>			
Jméno a příjmení:	Příbuzenský, popř. jiný poměr k žadateli:	Telefonní číslo/e-mail:	Adresa:
<b>8. Zákonný zástupce při omezení svéprávnosti žadatele/žadatelky: (Doložit usnesení soudu – ustanovení opatrovníka)</b>			
Jméno a příjmení:			
Trvalé bydliště: ulice, č.p., obec, PSČ			
Rozhodnutí soudu:	Ze dne:	Č.j.:	

<b>9. Má žadatel podanou žádost i do jiného zařízení sociální péče?</b>		ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Název zařízení:		Od:	
<b>10. Příspěvek na péči:</b>	Stupeň/výše příspěvku:	Pozastaven od:	Zažádáno dne:
ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			
<b>11. Prohlášení</b>			
A) Prohlašuji, že veškeré údaje v žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody nebo i propuštění ze zařízení.			
B) Beru na vědomí, že podle § 106 odst. 5 zákona 100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení, v platném znění jsem povinen/a do 8 dnů písemně nahlásit změny týkající se rodinných poměrů, změny bydliště, čísla kontaktů, zaměstnání, rodinného stavu, přiznání důchodu, příspěvku na péči, sociálních dávek, atd. na výše uvedenou adresu.			
C) Souhlasím s poskytnutím osobních údajů podle zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.			
Pozn.: Odevzdané přílohy a dokumenty jsou vyznačeny zaškrtnutím na konci tiskopisu.			
<b>12. Datum a podpis</b>			
v		dne:	
Podpis žadatele:		Podpis opatrovníka:	

### Část třetí

<b>Evidence žádosti</b>		
Žádost zařazena do evidence žadatelů	dne:	zaevidoval:
Žádost zamítnuta – důvod:	dne:	
<input type="checkbox"/> zařízení neposkytuje služby, o které osoba žádá	<input type="checkbox"/> zařízení nemá volnou kapacitu	<input type="checkbox"/> žadatel nespadá do cílové skupiny
<input type="checkbox"/> zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení/zdravotní lůžka	<input type="checkbox"/> klient má akutní infekční nemoc	<input type="checkbox"/> klient je závislý na návykových látkách
<input type="checkbox"/> chování klienta by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo soužití s ostatními	<input type="checkbox"/> klient, který by svým umístěním řešil pouze svoji rodinnou nebo bytovou situaci	

<b>Příložené dokumenty</b>	<input type="checkbox"/> Doklad o výši příjmu
	<input type="checkbox"/> Kopie Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
	<input type="checkbox"/> Jiné:

V Janově dne:	Žádost vyřídil (identifikace):	Žádost vyřídil (podpis):
---------------	--------------------------------	--------------------------

## Část čtvrtá

**Pacient/ka:**

**Rodné číslo:**

Bydliště: \_\_\_\_\_

**Čestně prohlašuji, že jsem v trvalé péči:**

**Praktický lékař:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Zubní ambulance:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Urolog:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Diabetologie:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Neurologie:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Gynekologie:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Plicní ambulance:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Kardiolog. amb.**

**(Arytmolog. amb.):**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Amb. chronické bol.:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Kostní poradna:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**jiné:**

adresa: \_\_\_\_\_ poslední kontrola: \_\_\_\_\_  
tel. číslo: \_\_\_\_\_ následná kontrola: \_\_\_\_\_

**Poslední očkování:**

tetanus: \_\_\_\_\_ pneumokok: \_\_\_\_\_  
chřipka: \_\_\_\_\_ jiné: \_\_\_\_\_

V Janově dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis