BENETRIX, n.o., IČO: 37983725, DIČ: 2022066904

Zariadenie sociálnych služieb, Priehradná 9/A, 036 01 Martin – Priekopa

Č.t. 0911 448 535, e-mail: benetrix@benetrix.sk

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

**Žiadosť o umiestnenie v Zariadení sociálnych služieb Martin – Priekopa**

**ŽIADATEĽ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Priezvisko: |  | | | | Meno: | |  | | | |
| Rodné priezvisko: |  | | | | Titul: | |  | | | |
|  | | | | | | | | Zdr poisťovňa: | |  |
| Dátum narodenia: |  | | | | Miesto narodenia: | | |  | | |
| Kontakt – telefón:  e-mail: |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Trvalé bydlisko: |  | | | | | | | | | |
| Štátne občianstvo: |  | | | | | | | | | |
| Rodinný stav: **\***  □slobodný/á □ženatý/vydatá □rozvedený/á  □vdovec/ vdova □žije s druhom/družkou  Dosiahnuté vzdelanie: | | | | | | | | | | |
| Druh dôchodku: | |  | | Výška dôchodku mesačne: | | | | |  | |
| Číslo rozhodnutia: | |  | | | | | | | | |
| Stupeň odkázanosti: | |  | Rozhodnutie: | | |  | | | | |
| Vierovyznanie: | |  | | | | | | | | |
| Momentálny stav klienta - popísať vlastnými slovami(mentálny, fyzický, zdravotný, hmotnosť klienta...). | | | | | | | | | | |

**MANŽEL/MANŽELKA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Priezvisko: |  | Meno: |  | Titul: |  |
| V prípade úmrtia: | Dátum úmrtia: |  | Miesto úmrtia: |  | |

**POŽADOVANÝ NÁSTUP DO ZSS\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| odkedy - dátum: |  | □na dobu určitú do: |  | □ na dobu neurčitú |

**POŽADOVANÁ DIÉTA\***

|  |
| --- |
| □ racionálna □diabetická □iná, vypíšte |

**\*** *hodiace sa označte krížikom*

**BUDÚCU ZMLUVU O POSKYTOVANÍ SLUŽIEB ZSS PODPISUJE:**

□ klient □ horeuvedený zákonný zástupca klienta

1. **PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE** /povinne vyplniť/ (podpisuje dohodu o pristúpení k záväzku)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vzťah: |  | | |
| Meno a priezvisko: |  | | |
| Telefón: |  | e-mail: |  |
| Adresa: |  | | |

1. **PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE** /povinne vyplniť/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vzťah: |  | | |
| Meno a priezvisko: |  | | |
| Telefón: |  | e-mail: |  |
| Adresa: |  | | |

1. **PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE** /povinne vyplniť/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vzťah: |  | | |
| Meno a priezvisko: |  | | |
| Telefón: |  | e-mail: |  |
| Adresa: |  | | |

**V PRÍPADE ÚMRTIA KLIENTA:\***

|  |
| --- |
| Želanie žiadateľa □ pochovanie do zeme □ spopolnenie |
| Pohrebný ústav:  **Kontaktná osoba:** |

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA**

**(v prípade zbavenia alebo obmedzenia svojprávnosti alebo na základe plnomocenstva)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Svojprávnosť klienta obmedzená: **\*** | | | | | | |
| □ úplne □ čiastočne (popíšte aké úkony zvláda) | | | | | | |
| Vzťah ku klientovi | |  | | | | |
| Priezvisko: | |  | Meno: |  | Titul: |  |
| Adresa trvalého bydliska: | |  | | | | |
| Adresa kontaktného bydliska (ak je iná ako adresa trvalého bydliska): | | | | | | |
| **Kontakt:**  Telefón: |  | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Zdravotný dotazník | |
| Meno, priezvisko, titul |  |
| Rodné číslo |  |
| Trvalé bydlisko |  |
| Prakt. lekár |  |
| Zdravotná poisťovňa |  |
| Alergie |  |
| Zdr. diagnózy |  |
| Aktuálna liečba/lieky |  |
| Hmotnosť |  |
| Stravovanie/strava/diéta/  žuvanie/chrup/samostatnosť, NG sonda |  |
| Vedomie/orientácia |  |
| Kognitívne funkcie (pamäť, logika) |  |
| Komunikácia/reč |  |
| Zrak/okuliare |  |
| Sluch/hluchota/ načúvací aparát |  |
| Mobilita/chôdza/palica/  inv. vozík/doprovod |  |
| Hygiena/ sám/pomoc |  |
| Vylučovanie- moč/PMK  stolica/abs. pomôcky /zápcha-hnačka |  |
| Dýchanie/kyslík |  |
| Koža/narušenie kožného krytu/modriny/dekubity |  |
| Cirkulácia/opuchy |  |
| Spánok/lieky na spanie |  |
| Bolesť/ lieky |  |
| Diabetik – strava/glukomer+pásiky, inzulín. pero, diabet. knižka |  |

Dátum: Podpis/meno a vzťah ku klientovi....................................

**VYHLÁSENIE O PRAVDIVOSTI ÚDAJOV**

Žiadateľ alebo jeho zákonný zástupca /meno a priezvisko/............................................................

svojím podpisom potvrdzuje, že údaje uvedené v žiadosti o umiestnenie do Zariadenia sociálnych služieb sú pravdivé.

V ......................................., dňa ............................

...............................................................

čitateľný vlastnoručný podpis

žiadateľa alebo zákonného zástupcu