Jméno, příjmení a titul klienta

Datum narození Rodinný stav

Státní příslušnost Zdravotní pojišťovna

Bydliště klienta (Ulice, č.p., PSČ, Město)

E-mail na klienta Telefonní číslo na klienta (bez mezer)

Důvod žádosti k přijetí klienta

**Odkud klient přichází (typ a místo)** domov  nemocnice  LDN  sociální zařízení

Název nemocnice, LDN nebo sociálního zařízení ze kterého klient přichází

**Druh sociální služby o kterou má klient zájem** Domov pro seniory  Domov pro osoby se zdravotním postižením  Odlehčovací služba

Typ pokoje, o jaký má klient zájem

Jednolůžkový pokoj  Dvoulůžkový pokoj  Třílůžkový pokoj

Příspěvek na péči, který klient pobírá

Nepobírá  I. stupně  II. stupně  III. stupně  IV. stupně

Datum požadovaného přijetí Datum předpokládaného ukončení pobytu

Jméno, příjmení a titul kontaktní osoby Vztah ke klientovi

Bydliště kontaktní osoby

E-mail na kontaktní osobu Tel. číslo na kontaktní osobu (bez mezer)

Jméno, příjmení a titul praktického lékaře klienta

E-mail na praktického lékaře Tel. číslo na praktického lékaře (bez mezer)

Adresa praktického lékaře

Pokud je klient v péči jiných odborných lékařů, prosíme o uvedení jakých

Dieta

Ano  Ne

Pokud ano, jaká

Pomůcka klienta

Hůl  Berle  Chodítko  Vozík

Míra soběstačnosti chůze klienta

Samostatná  S pomocí druhé osoby  S pomůckou  Trvale upoután/a na lůžku

Míra soběstačnosti oblékání klienta

Samostatně  S pomocí  Nezvládá

Míra soběstačnosti příjmu stravy klienta

Samostatně  S pomocí  Nezvládá

Míra soběstačnosti osobní hygieny klienta

Samostatně  S pomocí  Nezvládá

Míra soběstačnosti klienta na toaletě

Samostatně  S pomocí  Nezvládá

Sprchování klienta

Ve stoje  V sedě  Na lůžku

Inkontinenční pomůcky

Trvale  Občas  Nepoužívá

Sluch klienta

Normální  Nedoslýchá  Neslyší

Zrak klienta

Normální  Zhoršené vidění  Nevidomý/á

Orientace klienta v přirozeném prostředí

Plně se orientuje  S dopomocí  Neorientuje se

Orientace klienta v čase

Plně se orientuje  S dopomocí  Neorientuje se

Spánek klienta

Klidný  Narušený

Dominantní ruka

Pravák  Levák

**Je klient kuřák** Ne  Ano

Běžné denní aktivity klienta

Poznámky o životě klienta / životopis

Očekávání, potřeby a cíle pobytu v Domě u Agáty

Poznámka k žádosti

V (město) Dne (datum vyplnění žádosti)

Jméno a příjmení zástupce klienta v žádosti o přijetí

E-mail zástupce klienta v žádosti o přijetí

Podpis klienta

**Dům u Agáty s.r.o.**  
Rudoltická 1182/6a  
155 00 Praha 5 – Řeporyje

[info@uagaty.cz](mailto:info@uagaty.cz)  
+420 602 286 995