

 MMN a.s. Metýšova 465 514 01 Jilemnice IČO: 05421888 tel.: 481 551 111	04_SL-S_F_006 Žádost o PSSP	Strana 1 z 3
		Verze: 01, 03/2025

ŽÁDOST O POBYTOVOU SLUŽBU SOCIÁLNÍ PÉČE

Žádám o pobytovou sociální službu v termínu: od..... do.....

ŽADATEL/KA:

Jméno a příjmení:	Rodné č.:
Bydliště:	Telefon:
Rodinný stav:	
Důvod žádosti o pobytovou službu sociální péče:	
Váš ošetřující lékař (praktický, specialista):	
Nejbližší příbuzní a jména osob, kterým se mohou podávat informace mé osobě (jako první prosím uveďte osobu, která o Vás celodenně pečuje) Jméno, adresa, telefon 1. 2. 3.	
<u>Zákonný zástupce:</u> /je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům/ Příjmení a jméno: Adresa, telefon:	
Rozhodnutí soudu v	
ze dne čj.	

Žadatel/ka byl/a písemně vyrozuměn/a dne:

 MMN a.s. Metyšova 465 514 01 Jilemnice IČO: 05421888 tel.: 481 551 111	04_SL-S_F_006 Žádost o PSSP	Strana 3 z 3
		Verze: 01, 03/2025

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM ŽADATELE O PSSP

Přiložte nebo nahraďte kopiemi propouštěcích zpráv či dekurzů

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

Diagnóza:

Medikace a dávkování:

CELKOVÝ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ SCHOPNOSTÍ ŽADATELE (ZAŠKRTNĚTE):

- **je schopen/na chůze:** bez cizí pomoci – s doprovodem – s holí – s chodítkem – neschopen/na chůze
- **je upoután/a na lůžko:** trvale – přechodně – nutné polohování – antidekubitní podložky
- **je schopen/a sebeobsluhy:** zcela – částečně – není soběstačný/á
- **inkontinence moči:** ano – ne – částečně
- **inkontinence stolice:** ano – ne
- **je psychicky:** orientován/a zcela – částečně – dezorientován/a zcela – neklidný/á – depresivní
- **soužití v kolektivu:** je schopen/a – není schopen/a
- **předepsaná dieta č.:**
- **potřebuje zvláštní péči:**
jakou
.....

Žádost vyplnil:

tel.:

Datum:

razítko a podpis lékaře: