

DOM ZA STARIJE OSOBE PARK
ZAGREB, Ivanićgradska 52
telefon: 01/23-69-400
www.dom-park.hr
E-mail: dom.park@zg.t-com.hr

DOKUMENTACIJA
ZA UTVRĐIVANJE PRAVA NA POMOĆ U KUĆI
-ORGANIZIRANJE PREHRANE-

1. ZAHTJEV I LIJEČNIČKA POTVRDA - u prilogu
2. PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE
3. PRESLIKA ZADNJE POTVRDE O MIROVINSKIM PRIMANJIMA
4. RJEŠENJE O SKRBNIŠTVU (ako je osoba pod skrbništvom)

Ur.broj _____

Zagreb, _____

ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE PRAVA NA POMOĆ U KUĆI

- organiziranje prehrane

1. IME I PREZIME(DJEVOJAČKO) _____

2. IME OCA I MAJKE _____

3. DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

4. OIB _____

5. ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

6. TELEFON: _____ MOBITEL: _____

7. ŠKOLSKA SPREMA: _____ RANIJE ZANIMANJE: _____

8. POMOĆ I NJEGU TRAŽIM ZBOG :

a) Tjelesnog i mentalnog, intelektualnog ili osjetilnog oštećenja / trajnih promjena u zdravstvenom stanju / starosti

b) Privremenih promjena u zdravstvenom stanju

9. VRSTA I IZNOS MIROVINE _____

10. VRSTA DOMAĆINSTVA: a) samačko kućanstvo

b) dvočlano kućanstvo starijih osoba (65+)

c) višečlano kućanstvo starijih osoba (65+)

d) višegeneracijsko kućanstvo

11. BRAČNO STANJE (ime i prezime supružnika) _____

12. OSOBE ZA KONTAKT:

Ime i prezime _____ srodstvo _____

Adresa _____ E-mail _____

Telefon _____ Mobitel _____

13. JESTE LI PREDALI ZAHTJEV ZA SMJEŠTAJ U DOM, GDJE I KADA?

VLASTORUČNI POTPIS:

LIJEČNIČKA POTVRDA

Liječnička potvrda nije valjana ukoliko nisu ispunjene sve rubrike

IME i PREZIME: _____

OIB: _____

DIJAGNOZE: _____

TERAPIJA:

1. POKRETNOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

2. ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU:

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

3. DUŠEVNO OBOLJENJE: a) postoji, koje _____ b) ne postoji

4. ALZHEIMEROVA BOLEST I DRUGE DEMENCIJE:

a) postoji, koje _____ b) ne postoji

5. KONTINENTNOST: a) kontinentan b) inkontinentan

6. ZARAZNO OBOLJENJE: a) postoji, koje _____ b) ne postoji

7. LIJEČEN/A OD ALKOHOLIZMA: a) da b) ne

8. LIJEČEN/A OD HEPATITISA: a) da b) ne

9. LIJEČEN/A OD TUBERKULOZE: a) da b) ne

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE : a) potrebna je: kod osobne higijene b) nije potrebna

kod oblačenja

kod hranjenja

kod kretanja

11. MEDICINSKA POMOĆ: a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:

12. DIJETALNA PREHRANA: a) nije potrebna b) potrebna je _____

13. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

M.P.

Potpis liječnika:

OBRAZAC PRIVOLE ISPITANIKA

Dajem privolu

voditelju obrade **Domu za starije osobe Park iz Zagreba, Ivanićgradska 52**

za obradu mojih osobnih podataka u sljedeće svrhe:

- u svrhu korištenja Usluge pomoći u kući - organiziranje prehrane kod Voditelja obrade

Od strane Voditelja obrade upoznat sam da u svakom trenutku imam pravo povući ovu privolu te da povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade na temelju privole prije njezina povlačenja.

U Zagrebu, _____ godine

IME I PREZIME ISPITANIKA-KORISNIKA: _____

POTPIS ISPITANIKA-KORISNIKA: _____