

**DOM ZA STARIJE OSOBE PARK**  
**PODRUŽNICA LAŠĆINSKA**  
**ZAGREB, LAŠĆINSKA CESTA 98A**

**TEL: 01-6468-960 / 01-6468-963 / 01-6468-976**

**MAIL: [dom.park-lascina@dom-park.hr](mailto:dom.park-lascina@dom-park.hr)**

**WEB STRANICA: [www.dom-park.hr](http://www.dom-park.hr)**

U slučaju da je kandidatu potreban smještaj u budućnosti, dovoljno je ispuniti samo zamolbu za smještaj.

U suprotnom, za potrebe Komisije za prijem korisnika, bit će potrebno dostaviti slijedeće:

1. zamolba za smještaj – ispunjena
2. statistički podaci – dobrovoljno ispunjavanje
3. liječnička potvrda – ispunjena i ovjerena (ne starija od 6 mjeseci)
4. preslika rodnog i/ili vjenčanog lista
5. preslika domovnice
6. preslika osobne iskaznice i OIB
7. preslika iskaznice zdravstveno osigurane osobe i iskaznice dopunskog osiguranja
8. preslika zadnje potvrde o mirovinskim primanjima
9. preslika važnije zdravstvene dokumentacije (povijest bolesti, otpusno pismo)
10. rješenje o skrbništvu (ako je osoba pod skrbništvom)
11. preslika osobne iskaznice i zadnjeg obračuna isplaćene plaće ili zadnje potvrde o mirovinskim primanjima ili drugi dokaz obveznika plaćanja o sposobnosti plaćanja cijene usluga Doma

## **CIJENE SMJEŠTAJA (PO OSOBI):**

### **I. stupanj usluge (Stambeni dio)**

jednokrevetna soba s vlastitom kupaonicom - **5.100,00 kuna**

dvokrevetna soba s vlastitom kupaonicom - **3.950,00 kuna**

#### **Cjenik dodatnih usluga za I. stupanj usluge:**

- kupanje (uz pranje kose, rezanje noktiju) – 70,00 kuna po kupanju
- brijanje – 15,00 kuna po brijanju
- podjela dnevne terapije i/ili inzulina – 200,00 kuna mjesečno
- podjela tjedne terapije u dozatore – 20,00 kn tjedno
- individualna masaže (15 minuta) – 35 kuna
- dostava obroka u sobu ili čajnu kuhinju – 6,00 kuna po obroku
- dijabetički međuobroci – 10,00 kuna po danu
- hladnjak u sobi – 25,00 kuna mjesečno
- telefonski impulsi – naplata prema stvarnoj potrošnji, a ovisno o cijeni operatera koji daje uslugu. U dvokrevetnim sobama, trošak telefona se dijeli (osim ako nije drugačije dogovoreno)
- usluga nabave namirnica i drugih potrepština – 25 kn po nabavi
- usluga dostava lijekova i drugih medicinskih preparata - 50 kn po uzorku
- usluga dostave laboratorijskih uzoraka - 20 kn po uzorku
- usluga terapije u multisenzornoj sobi:
  - 50 kn (20 min)
  - 100 kn (45 min)

### **III. stupanj usluge (Odjel pojačane njege)**

jednokrevetna soba s vlastitom kupaonicom - **6.700,00 kuna**

jednokrevetna soba sa zajedničkom kupaonicom – **6.600,00 kuna**

dvokrevetna soba s vlastitom kupaonicom – **5.700,00 kuna**

dvokrevetna soba sa zajedničkom kupaonicom – **5.600,00 kuna**

### **IV. stupanj usluge (Specijalizirana jedinica za oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih demencija)**

jednokrevetna soba – **7.500,00 kuna**

dvokrevetna soba – **7.000,00 kuna**

#### **Cjenik dodatnih usluga za III. I IV. stupanj usluge:**

- individualna masaže (15 minuta) – 35 kuna
- hladnjak u sobi – 25,00 kuna mjesečno
- telefonski impulsi – naplata prema stvarnoj potrošnji, a ovisno o cijeni operatera koji daje uslugu. U dvokrevetnim sobama, trošak telefona se dijeli (osim ako nije drugačije dogovoreno)
- usluga nabave namirnica i drugih potrepština – 25 kn po nabavi
- usluga dostava lijekova i drugih medicinskih preparata - 50 kn po uzorku
- usluga dostave laboratorijskih uzoraka - 20 kn po uzorku
- usluga terapije u multisenzornoj sobi:
  - 50 kn (20 min)
  - 100 kn (45 min)

**NAPOMENA: Molimo Vas da nam javite ako dođe do promjena u zdravstvenom stanju, odustajanja od smještaja ili kakvih drugih promjena, a najmanje jednom godišnje**



## STATISTIČKI PODACI

○ popunjavanje ovog obrasca je dobrovoljno, a podaci će služiti isključivo u statističke svrhe

STRUČNA SPREMA	<b>a)</b> bez škole <b>d)</b> VŠS	<b>b)</b> OŠ <b>e)</b> VSS	<b>c)</b> SSS <b>f)</b> magisterij /doktorat
BRAČNO STANJE	<b>a)</b> u braku	<b>b)</b> razveden/a	<b>c)</b> udovac/ica <b>d)</b> samac/ica
BROJ DJECE			
DRŽAVLJANSTVO			
MBO			
IZNOS MIROVINE / PRIHODA			
VRSTA MIROVINE	<b>a)</b> starosna	<b>b)</b> invalidska	<b>c)</b> obiteljska
TROŠKOVE ĆE PODMIRIVATI	<b>a)</b> sam korisnik <b>b)</b> obveznik u cijelosti	<b>b)</b> korisnik i obveznik <b>d)</b> drugo	
UVJETI STANOVANJA	<b>a)</b> vlasnik kuće/stana <b>c)</b> stanarsko pravo/najmoprimac	<b>b)</b> kod djece/srodnika <b>d)</b> bez stana	
PREBIVALIŠTE U GRADU ZAGREBU	<b>a)</b> DA	<b>b)</b> NE	
Ukoliko DA koliko godina	<b>a)</b> do 5 god preko 15 god	<b>b)</b> od 5-10 god	<b>c)</b> od 10-15 <b>d)</b>
HITNOST SMJEŠTAJA	<b>a)</b> potreban odmah	<b>b)</b> potreban u budućnosti	
POKRETLJIVOST	<b>a)</b> pokretan	<b>b)</b> teže pokretan	<b>c)</b> nepokretan
VRSTA SMJEŠTAJA	<b>a)</b> stambeni dio	<b>b)</b> pojačana njega	
OSOBA POD SKRBNIŠTVOM	<b>a)</b> DA	<b>b)</b> NE	
SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU	<b>a)</b> DA	<b>b)</b> NE	

Suglasan/ suglasna sam da se moji osobni podaci prikupljeni u statističke svrhe analiziraju za razvoj novih socijalnih usluga, a sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (Narodne novine br: 42/2018)

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

Liječnička potvrda za prijem nije valjana ukoliko nisu ispunjene sve rubrike

IME i PREZIME: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_ MBO: \_\_\_\_\_

DIJAGNOZE: (bolesti razvrstane po važnosti utjecaja na zdravstveno stanje )

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

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

kretanja

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

kakva: \_\_\_\_\_

12. DIJETALNA PREHRANA: a) nije potrebna b) potrebna je \_\_\_\_\_

**Mjesto i datum:**

**M.P.**

**Potpis liječnika:**

**13. IME I PREZIME, ADRESA, TELEFON, E.MAIL I RADNO VRIJEME ODABRANOG LIJEČNIKA**

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