

**ZAHTEJEV ZA SMJEŠTAJ U DOM ZAKLADE LAVOSLAVA SCHWARZA  
ZAGREB, BUKOVAČKA C. 55, tel: 2394-100**

Ime:

Prezime:

Djevojačko prezime:

Ime oca:

Ime i djevojačko prezime majke:

---

Datum rođenja:

Mjesto rođenja:

Ime (i djevojačko prezime supružnika)

Školska sprema:

Ranije zanimanje:

Mjesto stalnog boravka i adresa podnositelja zahtjeva:

Telefon:

---

Broj osobne iskaznice:

OIB:

Mjesto izdavanja:

JMBG\*:

Državljanstvo:

Mjesto upisa u knjigu državljana:

---

**PODACI O IMOVINSKOM STANJU:**

Nekretnine (opis i prihod)\*:

Pokretnine (popis s oznakom vrijednosti)\*:

Prihodi (mirovina, invalidnina i drugo):

---

**PODMIRIVANJE TROŠKOVA:**

a) Jednokratna donacija:

b) Mjesečno prema ugovoru:

Za redovito plaćanje troškova jamči:

Najbliži srodnici:

IME I PREZIME	SRODSTVO	ADRESA	TELEFON
---------------	----------	--------	---------

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Kratka biografija:

Datum:

Potpis

Prilozi: Osobna iskaznica (preslika)  
Rodni list (preslika)  
Ispunjen zdravstveni list  
Liječnički nalazi (preslika)  
Dokaz o imovinskom stanju – izvadak od mirovine

---

Pitanja označena sa zvjezdicom obavezna su za osobe bez jamca plaćanja  
Svi podaci koristit će se samo za potrebe doma

**DOM ZAKLADE LAVOSLAVA SCHWARZA  
ZAGREB, BUKOVAČKA C. 55, tel: 2420-004  
ZDRAVSTVENI LIST**

**IME I PREZIME:**

Dijagnoze:

Terapije:

Kontinencija:

- Kontinentan
- blaže inkontinentan
- inkontinentan

Pokretljivost:

- potpuna
- djelomična
- nepokretan

Psihički status:

- orijentiran
- djelomično orijentiran
- neorijentiran

Ostala zapažanja:

Liječen/a od nekog zaraznog oboljenja :

Pomoć i njega druge osobe:

- nije potrebna
- potrebna u cijelosti
- djelomično potrebna (kakva)

Medicinska pomoć:

nije potrebna

potrebna (kakva)

Napomena liječnika:

Ime i prezime odabranog liječnika:

Telefon:

M.P.

Faksimil i potpis liječnika