



Seniorcentrum Pohoda

Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem

Ruská 292/2A, 417 03 Dubí

Telefon: +420 471 212 009, +420 777 66 55 59

E-mail: info@seniorcentrum-pohoda.cz WWW: www.seniorcentrum-pohoda.cz

ŽÁDOST O UBYTOVÁNÍ A POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Domov pro seniory Domov se zvláštním režimem

Datum přijetí žádosti:

ÚDAJE O ŽADATELI

Jméno a příjmení:

Trvalé bydliště:

Telefon:

DŮVOD UMÍSTĚNÍ V SENIORCENTRU POHODA

.....
.....
.....
.....
.....

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům)

Jméno a adresa:

rozhodnutím soudu ze dne: Č.j.:

KONTAKTY NA PŘÍBUZNÉ – uveďte alespoň jednu kontaktní osobu – NEPOVINNÉ

Souhlasím s evidováním a používáním mých osobních údajů (jméno, příjmení, emailová adresa, telefonní číslo, korespondenční adresa) za účelem kontaktování mé osoby a zasílání informací a pozvánek, to vše výhradně v souvislosti s poskytováním péče uvedenému žadateli.

Manžel(ka), děti, vnoučata, zeť, snacha

Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Adresa	Telefonní číslo, email + podpis

Co očekáváte od naší služby?

.....
.....

Místo a adresa současného pobytu (pokud se v současné době neshoduje s trvalým bydlištěm)

.....
.....

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek zkreslení situace a eventuálně nemožnost přijetí do Seniorcentra (Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem).

Žádost o přijetí do zařízení jsem podal(a) z vlastní vůle a dle vlastního uvážení.

Žadatel podpisem tohoto dokumentu **bere na vědomí**, že při vyřizování jeho žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb **dochází ke zpracování jeho osobních údajů**, které v žádosti uvedl, a to v rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po dobu čekání na uvolnění kapacity.

.....
Datum

.....
Vlastnoruční podpis Žadatele (zákonného zástupce)

Přílohy k žádosti:

Vyjádření lékaře o aktuálním zdravotním stavu žadatele

Kopie posledního důchodového výměru *)

Kopie rozhodnutí o výši příspěvku na péči *)

*) *Nepovinné přílohy*

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
o zdravotním stavu žadatele
žádajícího o umístění v Seniorcentru Pohoda
Domov pro seniory
Domov se zvláštním režimem

Žadatel/ka: _____
příjmení (popř. rodné příjmení) jméno

Narozen/a: _____
den, měsíc, rok

Bydliště: _____
ulice, č.p., obec, část obce, PSC

Rodné číslo: _____ **Zdr. pojišťovna:** _____

Diagnóza (slovy a čísly):

Základní:

Ostatní:

Objektivní nález:

Duševní stav:

Současná terapie (vypište veškerou medikaci včetně dávkování):

Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, apod.):

Alergie (na potraviny, léky, bodnutí hmyzem ...):

Plicní vyšetření (ne starší 2 měsíců):

Datum posledního očkování: Tetanus - Pneumokok - Jiné -

Dohled specializovaného oddělení zdravotnického zařízení: (pokud ANO, vypište prosím KDE)
Plicní - Interna - Diabetologie - Ortopedie -
Oční - Chirurgie - Psychiatrie - Hematologie -
Neurologie - Alkoholicko-toxikologická poradna -

Vyprazdňování:

Problémy s močením: ANO NE
pálení řezání retence inkontinence

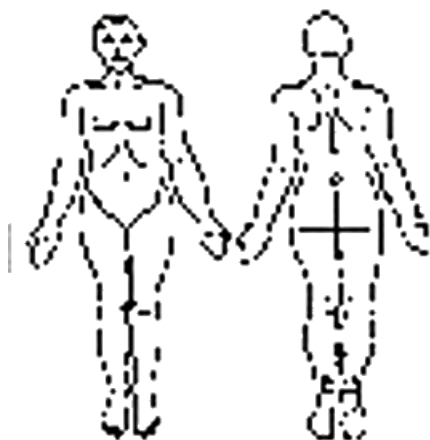
Permanentní katétr zaveden _____ výměna _____

Problémy se stolicí: ANO NE
zácpa průjem inkontinence stomie

Defekty:

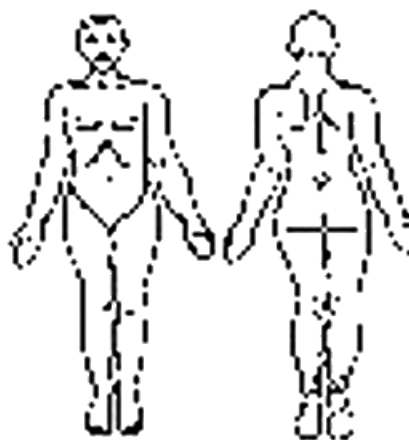
ANO

NE

**Bolest:**

ANO

NE

**Druh poškození:**

otok

odkdy: _____

operační rána

převaz dne: _____

dekubit

materiál: _____

jiné: _____

Dýchání: bez obtíží kašel dušnost dráždivý klidová noční ventilován s expektorací námahová cyanóza

Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci (zakroužkujte)

ANO

NE

Je schopen(a) postavit se s oporou, alespoň na malou chvíli

ANO

NE

Je schopen(a) chůze pouze s pomocí (hole, 2.osoby...)

ANO

NE

Je upoután(a) trvale - převážně na lůžko

ANO

NE

Je schopen(a) sám/sama sebe obsloužit		ANO	NE
Jsou k péči nutné speciální pomůcky? Jaké? (<i>vypíšte, prosím</i>):		ANO	NE
Pomočuje se:	trvale	ANO	NE
občas		ANO	NE
	v noci	ANO	NE
Dieta:	PEG-Sonda	ANO	NE
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?:			
Jiné důležité údaje (chronické onemocnění, infekční onemocnění):			
Dne: _____			
_____ <i>razítko a podpis vyšetřujícího lékaře</i>			

Přílohy

- a) Popis rtg. snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózy.
- b) Výsledky vyšetření na bacilonosičství pokud je indikováno.
- c) Podle potřeby výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření

Důležité upozornění:

Před nástupem uživatele do našeho zařízení z důvodu prevence zamezení nežádoucích infekčních virů a bakterií do našeho prostředí požadujeme následující vyšetření:

- výtěr z krku + nosu (MRSA)
- parazitologie – standardní vyšetření
- základní hematologie
- základní biochemie

Děkujeme za důležité informace o zdravotním stavu „žadatele“.