**ŽÁDOST O UBYTOVÁNÍ A POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

**Domov pro seniory**

**Domov se zvláštním režimem**

Pořadové číslo: ……………….

Datum přijetí žádosti: .………………..

**ÚDAJE O ŽADATELI**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………

Datum narození: ………………………………………………………

Trvalé bydliště: ………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………….......................

Příspěvek na péči: Ano – ne Stupeň: …………………..

**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 eventuelně 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 tov 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, PSČ*  **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: Bolest:**  ANO NE ANO NE  _vyr_72Sesterska-prekl    **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? *(vypište, prosím):* | | | | ANO | NE |
| Pomočuje se: trvale občas  v noci | | | | ANO ANO ANO | NE  NE  NE |
| Dieta: | | PEG-Sonda | | ANO | NE |
| Potřebuje zvláštní péči? Jakou?: | | | | | |
| **Jiné důležité údaje (chronické onemocnění, infekční onemocnění):**  **Dne:**  \_\_\_\_\_\_\_  *razítko a podpis vyšetřujícího lékaře* | | | | | |

**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“.**