

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:

.....

.....

.....

.....

.....

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.

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 Domova 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
žadajícího 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:

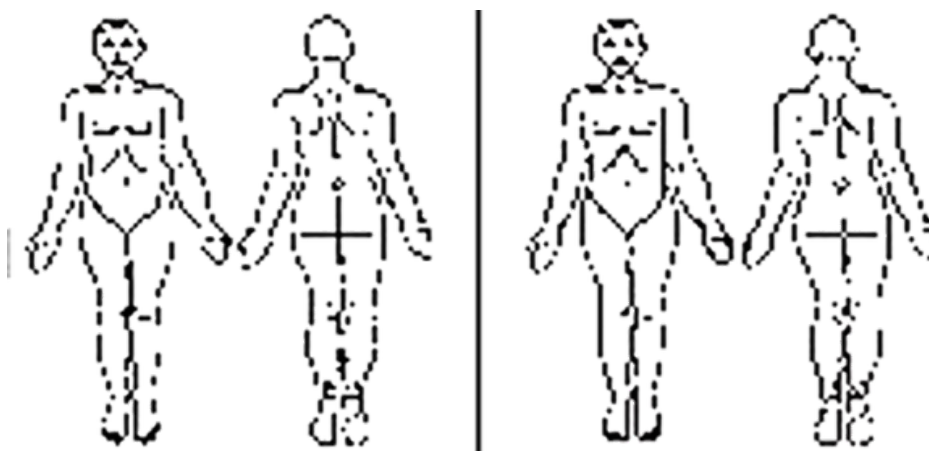
Bolest:

ANO

NE

ANO

NE



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 klienta do našeho Domova 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“.