

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 ☐ Nevím

Stupeň PnP: ☐ I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV.

Důvod umístění:

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

Jméno a Příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____

Ustanoven rozhodnutím soudu ze dne: _____, č. j.: _____

KONTAKTY NA PŘÍBUZNÉ (uved'te alespoň jednu kontaktní osobu)

Jméno a Příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Adresa	Kontaktní telefon, e-mail

Co očekáváte od naší služby?

Místo a adresa současného pobytu žadatele (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
- Dotazník pro přijetí do Domova
- 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:

Jméno, Příjmení (popř. rodné příjmení): _____

Narozen/a: _____

Bydliště: _____

Rodné číslo: _____ Zdr. pojišťovna: _____

Stupeň péče – schválení pojišťovnou

Přiznaný stupeň péče: _____

☐ Rozhodnutí o přiznání stupně péče je přiloženo**Byl žadatel v minulosti umístěn v jiném zařízení sociálních služeb?**☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, uveďte název zařízení a místo: _____

Období pobytu: _____

Důvod ukončení pobytu / propuštění: _____

Praktický lékař

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Odborní (spolupracující) lékaři (Zaškrtnutím vyberte. K zaškrtnutým napište údaje: Jméno**lékaře, město pracoviště, telefon, poslední kontrola, další plánovaná kontrola)**☐ Interna, _____☐ Kardiologie, _____☐ Diabetologie, _____☐ Urologie, _____☐ Gynekologie, _____

- ☐ Plicní lékařství (pneumologie), _____
- ☐ Neurologie, _____
- ☐ Psychiatrie, _____
- ☐ Oční lékařství (oftalmologie), _____
- ☐ ORL (ušní, nosní, krční), _____
- ☐ Revmatologie, _____
- ☐ Onkologie, _____
- ☐ Nefrologie, _____
- ☐ Gastroenterologie, _____
- ☐ Ortopedie, _____
- ☐ Geriatrie, _____
- ☐ Jiná odbornost: _____

Rodinný stav:

- ☐ ovdovělý / ovdovělá
- ☐ ženatý / vdaná
- ☐ rozvedený / rozvedená
- ☐ svobodný / svobodná

Náboženské vyznání: _____

Řidičské oprávnění

Vlastní řidičský průkaz: ☐ Ano ☐ Ne

Skupina/skupiny řidičského oprávnění (např. AM, A1, A2, A, B, B+E, C, C+E, D, D+E):

Řidičský průkaz vydán v roce: _____

Jak často řídil v posledním roce: ☐ pravidelně ☐ příležitostně ☐ vůbec

Důvod, proč již neřídí (pokud se týká): ☐ zdravotní stav ☐ vlastní rozhodnutí ☐ jiné důvody:

Zbrojní průkaz a držení zbraní

Vlastní nebo vlastnil zbrojní průkaz: ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, druh zbrojního průkazu (skupina): _____

Vlastní nebo vlastnil střelnou zbraň: ☐ Ano ☐ Ne

Druh / typ zbraně: _____

Současný stav:

☐ zbraň již nevlastní ☐ zbraň je uložena mimo zařízení ☐ zbraň byla odevzdána / prodána

Opatrovník podle opatrovnického práva (pokud je ustanoven – přiložit kopii opatrovnického průkazu)

Jméno, příjmení, adresa, telefon: _____

Rozsah opatrovnictví: ☐ určení místa pobytu ☐ správa majetku ☐ zdravotní péče

Plná moc k zastupování (přiložit kopii dokladu)

Jméno, příjmení, adresa, telefon: _____

Dříve vyslovené přání zájemce

☐ Ano ☐ Ne (pokud ano, přiložit kopii dokumentu)

Anamnéza

Osobní anamnéza (vyplní pouze lékař)

(významné nemoci, úrazy, operace, chronická onemocnění)

Příklad: prodělaný infarkt, operace kyčle, astma, alergie.

Alergie (vyplní pouze lékař)

(Potraviny, léky, bodnutí hmyzem, ...)

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, uveďte:

Rodinná anamnéza (může vyplnit žadatel/rodina)

(zdravotní stav členů rodiny, genetická onemocnění, závažné nemoci v rodině) Příklad: cukrovka u rodičů, vysoký krevní tlak, onkologická onemocnění v rodině.

Pracovní anamnéza (může vyplnit žadatel/rodina)

(zaměstnání, pracovní zátěž, expozice rizikovým faktorům, důchod) Příklad: práce v kovodělném průmyslu 35 let, nyní důchod..

Sociální anamnéza (může vyplnit žadatel/rodina)

(před nástupem do seniorcentra) : rodinné a bytové zázemí, vztahy, životní styl, zájmy, podpora blízkých) Příklad: žila s manželem, pravidelný kontakt s dětmi, aktivní ve spolku důchodců.

Gynekologická anamnéza (u žen) (může vyplnit žadatel/rodina)

(těhotenství, porody, gynekologická onemocnění, menopauza, operace)

Příklad: 2 porody, hysterektomie v 55 letech, menopauza v 52 letech.

Poslední mamograf byl proveden dne: _____

Poslední gynekologická prohlídka provedena dne: _____

Vyprazdňování: (vyplní pouze lékař)

Problémy s močením: ☐ Ano ☐ Ne

Jaké: _____

Inkontinence moče: ☐ Ano ☐ Ne

Inkontinence stolice: ☐ Ano ☐ Ne

Močový katetr: ☐ Ano ☐ Ne Poslední výměna: _____

Inkontinenční pomůcky: ☐ Ano ☐ Ne

Poslední předpis inkontinenčních pomůcek: _____

Infekční a parazitární onemocnění (vyplní pouze lékař)

Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční nebo parazitární onemocnění?

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, uveďte jaké:

☐ onemocnění aktivní ☐ onemocnění v anamnéze ☐ bez známek infekčního onemocnění

Očkování (vyplní pouze lékař)

Stav očkování (uved'te datum, kdy bylo očkování provedeno):

Tetanus: _____ COVID-19: _____ PNEUMOKOKY: _____

Zájem o očkování proti chřipce: (může vyplnit žadatel/rodina)

☐ Ano ☐ Ne

Denziometrie (měření hustoty kostí) (může vyplnit žadatel/rodina)

Datum posledního vyšetření: _____

Test okultního krvácení ve stolici (poslední vyšetření): (vyplní pouze lékař)

dne: _____

Stomatologie – stav chrupu (může vyplnit žadatel/rodina)

Stav chrupu (zaškrtněte všechny relevantní možnosti):

☐ vlastní chrup kompletní ☐ vlastní chrup částečný ☐ chybějící zuby

Zubní náhrady:

☐ horní-snímatelná ☐ horní-pevná ☐ spodní-snímatelná ☐ spodní-pevná

Datum poslední výroby zubní náhrady:

Horní: _____

Spodní: _____

Poslední preventivní zubní prohlídka: _____

Objektivní nález (vyplní pouze lékař)

(aktuální zdravotní stav, celkový stav; v případě postižení orgánu uvést i místní nález)

Diagnózy (vyplní pouze lékař) (uved'te slovně i s kódy dle MKN-10)

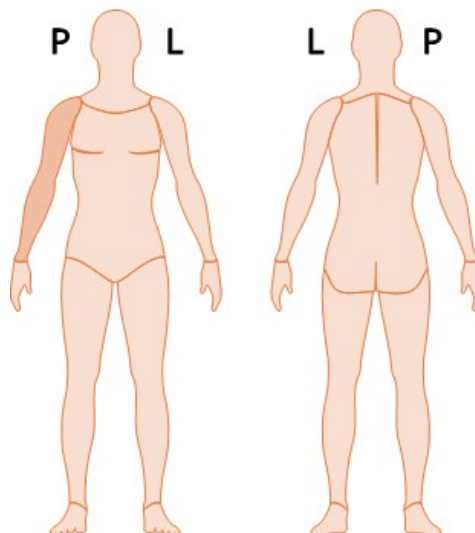
Medikace (vyplní pouze lékař)

(uved'te název léku, sílu, dávkování v podobě Anopyrin 100mg 1-0-1-0)

Defekty / chronické defekty kůže (vyplní pouze lékař)

Typy defektů (zaškrtněte všechny relevantní):

- ☐ Dekubity (proleženiny)
- ☐ Stržená kůže / oděrky
- ☐ opáleniny / jizvy
- ☐ Chronické vředy (např. trofické)
- ☐ Ostatní defekty:

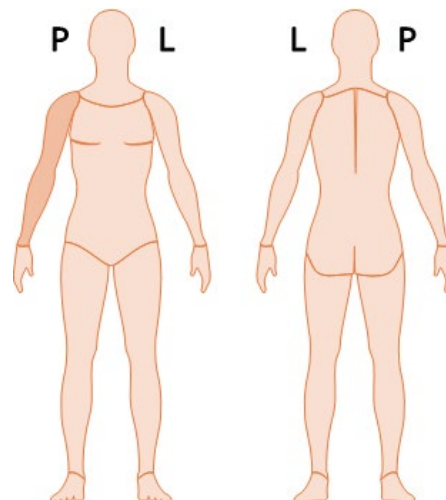


Bolest (vyplní pouze lékař)

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, označte:

Poznámka k bolestem:



Datum: _____

Razítko a podpis lékaře: _____

Bližší informace o žadateli – péče
(může vyplnit žadatel/rodina)

Žadatel/ka:

Jméno, Příjmení (popř. rodné příjmení): _____

Narozen/a: _____

Bydliště: _____

Rodné číslo: _____ Zdr. pojišťovna: _____

Soběstačnost

Je schopen chodit bez pomoci?

☐ Ano ☐ Ne

Je zcela upoután na lůžko?

☐ Ano ☐ Ne

Je žadatel schopen obsluhovat se sám?

☐ Ano ☐ Ne

Duševní stav

(vyplňte podle aktuálního stavu žadatele – zaškrtněte všechny relevantní možnosti)

Orientace:

☐ zachována

☐ částečně orientovaný/á (není orientován pouze místem/časem/osobou/situací (vyberte))

☐ dezorientovaný/á

Kognitivní schopnosti:

☐ zachovány ☐ mírně snižené ☐ středně snižené ☐ těžce snižené / demence

Emoční stav:

☐ stabilní ☐ náladovost / podrážděnost ☐ úzkost / deprese ☐ agrese / konfliktní chování

Projevuje žadatel aktivitu v noci?

☐ Ano ☐ Ne

Vztah k návykovým látkám:

☐ nepřítomný

☐ alkohol (uvedte množství/frekvenci) _____

☐ kouření (uved'te kolik cigaret denně/elektronická cigareta/lcos) _____

☐ léky / drogy / jiné návykové látky _____

Problémy s kolektivním soužitím:

☐ ne

☐ ano (uved'te typ chování) _____

Mobilita**Schopnost pohybu a samostatné chůze (zaškrtněte všechny relevantní):**

☐ Plně samostatný/á – chodí bez pomoci

☐ Potřebuje podporu (chodítko, hůl, berle)

☐ Doprovod nutný – dohled při chůzi

☐ Zcela upoután/á na lůžko / vozík

☐ Částečně mobilní – krátké vzdálenosti bez pomoci

Frekvence pohybu:

☐ Denně samostatně

☐ Denně s dopomocí

☐ Příležitostně

☐ Jen přesun na lůžko / vozík

Používané pomůcky:

☐ Chodítko

☐ Hůl / berle

☐ Invalidní vozík

☐ Jiné: _____

Přesuny (z lůžka na vozík, židli, WC, atd.):

☐ Plně samostatný/á ☐ S dopomocí jedné osoby ☐ Plně závislý/á na pomoci jiné osoby

Dýchání

☐ Bez potíží

☐ Dušnost

☐ Chronický kašel

☐ Spánková apnoe – závislá na přístroji ☐ ano – ☐ ne

☐ Cyanóza (modráni)

Stravování

- ☐ zcela soběstačný / soběstačná
- ☐ nutná asistence při stravování
- ☐ strava musí být podávána
- ☐ kašovitá / mixovaná strava
- ☐ poruchy polykání (dysfagie)
- ☐ dietní strava (uvedte jaká):
- ☐ umělá výživa
- ☐ nutriční přípravky - ☐ ano ☐ ne

Pitný režim

- ☐ pije samostatně
- ☐ nutné připomínání pití
- ☐ nutný dohled nad příjmem tekutin
- ☐ zajišťovaná hydratace 2.osobou
- ☐ omezený příjem tekutin (uvedte důvod): _____

Hygiena – osobní péče (soběstačnost)

Je žadatel schopen samostatně vykonávat osobní hygienu?

- ☐ zcela soběstačný / soběstačná
- ☐ částečně soběstačný / soběstačná – nutná dopomoc
- ☐ nesoběstačný / nesoběstačná – plně závislý/á na pomoci jiné osoby

Tělesné parametry

Tělesná hmotnost (váha): _____ kg

Tělesná výška: _____ cm

Obvod pasu: _____ cm

Závěrečné sdělení

Prosíme o co nejpresnější a úplné vyplnění tohoto dotazníku.

Uvedené informace jsou nezbytné pro správné posouzení zdravotního stavu žadatele, stanovení rozsahu potřebné péče a zajištění odpovídajících podmínek při přijetí do zařízení.

Děkujeme Vám za Váš čas, pečlivost a spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku.

Datum a podpis žadatele/rodiny:

Dne: _____

Jméno a Podpis: _____