



Evidenční číslo žádosti / datum podání žádosti  
(vyplní Domov důchodců Pohoda)

## Žádost o poskytování sociálních služeb v Domově důchodců Pohoda

### Pobytová služba sociální péče:

- domov pro seniory, domov se zvláštním režimem (trvalý pobyt)★  
 odlehčovací služba (pobyt na omezenou dobu) ★ v termínu:.....

### ÚDAJE ŽADATELE/KY

**Jméno žadatele :** .....

(včetně rodného příjmení)

**Datum a místo narození:** .....

**Trvalé bydliště:** .....

**Telefon žadatele/ky:** .....

**Současný pobyt:** .....

(Adresa, na které se žadatel/ka v současné době zdržuje a kde bude možnost provést sociální šetření - např. u příbuzných, ve zdr.zařízení, atd.)

**Korespondenční adresa :**

- shodná s místem trv. bydliště  shodná s místem současného pobytu  
 jiná (uvedte ):.....

**Příspěvek na péči :**  NE  ANO  1.stupeň  zažádáno  
 2. stupeň datum kdy.....  
 3. stupeň  zažádáno o zvýšení  
 4. stupeň datum kdy.....

### KONTAKTNÍ OSOBY

**1. Jméno :** .....

**Vztah k žadateli:** .....

**Trvalé bydliště:** .....

**Telefon:** ..... **Email:** .....

**2. Jméno :** .....

**Vztah k žadateli:** .....

**Trvalé bydliště:** .....

**Telefon:** ..... **Email:** .....

★ Označte požadovanou službu sociální péče

**Důvod podání žádosti:** mám zájem o přijetí podávám žádost DO BUDOUCNA**Ve kterých uvedených činnostech potřebujete pravidelnou pomoc:**

najedení / napití	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
oblékání/ svlékání	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
osobní hygiena	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
přesun lůžko-židle	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
chůze	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
orientace v čase a prostoru	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne

Další situace, kdy potřebujete pomoc: .....

**V případě, že je žadatel soudně zbaven způsobilosti k právním úkonům, vyplňte následující:**

Jméno opatrovníka/zástupce člena domácnosti :

.....

Trvalé bydliště: .....

Telefon: ..... Email: .....

**Povinné přílohy k žádosti:****1. Vyjádření lékaře**

Jedná se o lékařské vyjádření praktického (ošetřujícího) lékaře žadatele/ky, obsahující nejdůležitější informace z oblasti zdravotního stavu pro poskytování sociální služby.

**2. Dokument o ustanovení opatrovníkem/zástupcem člena domácnosti, ...**

Jedná se o rozsudek, usnesení soudu, smlouvu o nápomoci - pokud je jeden z těchto druhů podpory žadateli/ce poskytován.

Prohlašuji, že veškeré údaje jsou uvedeny pravdivě.

V ..... dne .....

.....  
vlastnoruční podpis žadatele/opatrovníka

# Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele o umístění do zařízení sociálních služeb pro seniory

Žadatel .....

u žen též rodné jméno/

jméno

narozen .....

den,měsíc,rok

zdravotní pojišťovna

Bydliště: .....

---

## Jméno praktického lékaře:

Adresa:

Telefon:

---

## Anamnéza /rodinná,osobní,pracovní/:

---

## Základní lékařské diagnózy:

---

## Chronická medikace (dávkování):

---

## Aktuální zdravotní stav:

Alergie:

Trpí demencí:

Ano

NE

typ demence:

stupeň:

Je pod dohledem psychiatra:

(je vhodné připojit výsledky vyš.)

Je zjištěn návyk na alkohol?

Projevy narušující kolektivní soužití:

Noční aktivita:

Používá nějaké kompenzační pomůcky:

Má poruchu příjmu potravy a tekutin:

Jiné údaje :

---

**Potřeba specializované péče (výčet special. zdravotnických pracovišť, které zájemce navštěvuje):**

Psychiatrie	Diabetologie
Plicní	Kardiologie
Neurologie	Nutriční
Další:	

---

**Datum posledního očkování:**

Pneumo 23  
Vaxigrip  
TAT

---

**Údaje o soběstačnosti:\***

Najedení, napití	sám	s pomocí	neprovede
Léky užívá:	sám	s pomocí	neprovede
Oblékání	sám	s pomocí	neprovede
Osobní hygiena	sám	s pomocí	neprovede
Koupání	sám	s pomocí	neprovede
Použití WC	sám	s pomocí	neprovede
Chůze po schodech	sám	s pomocí	neprovede
Chůze po rovině	sám	s pomocí	neprovede
Přesun na lůžku /židli/	sám	s pomocí	neprovede
Kontinence moči	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní
Kontinence stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní

\* Označte variantu odpovídající skutečnosti

**Jiné důležité údaje vzhledem k soběstačnosti :**

---

**Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006., zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb:**

- Vyžaduje zdravotní stav osoby poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení?
- Je osoba ve stavu akutní infekce?
- Mohlo by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovat kolektivní soužití?

Dne :

podpis vyšetřujícího lékaře  
(jmenovka, razítko)