



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

Žádost o poskytování sociálních služeb v Domově důchodců Pohoda

Pobyťová 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	☐ ano	☐ částečně	☐ ne
oblékání/ svlékání	☐ ano	☐ částečně	☐ ne
osobní hygiena	☐ ano	☐ částečně	☐ ne
přesun lůžko-židle	☐ ano	☐ částečně	☐ ne
chůze	☐ ano	☐ částečně	☐ ne
orientace v čase a prostoru	☐ ano	☐ částečně	☐ ne
Další situace, kdy potřebujete pomoc:			

V případě, že je žadatel <u>soudně zbaven způsobilosti k právním úkonům</u> , 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

* ☐ žádost ☐ odlehčovací služba ☐ trvalý pobyt

Žadatel:

jméno

u žen též rodné jméno

Narozen:

den,měsíc,rok

zdravotní pojišťovna

Bydliště:

Jméno praktického lékaře:

Adresa:

Telefon:

Anamnéza /rodinná,osobní,pracovní/:

Základní lékařské diagnózy: (dle MKN - číselný kód+slovně)

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:

Je agresivní ?

Noční aktivita:

Používá nějaké kompenzační pomůcky:

Má poruchu příjmu potravy a tekutin:

Jiné údaje :

* hodící se zaškrtněte

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

Psychiatrie	Diabetologie
Plicní	Kardiologie
Neurologie	Nutriční
Další:	

Datum posledního očkování:

Pneumo 23
Prevenar 13
Vaxigrip
TAT

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

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

Dne :

podpis vyšetřujícího lékaře
(jmenovka, razítko)

INFORMACE PRO LÉKAŘE:**K žádosti do pobytové služby je třeba doložit:**

- a) **lékařskou zprávu** (číselné diagnózy, aktuální medikace a její přesné dávkování, alergie, srdeční implantáty, datum poslední výměny zavedeného močového katétru, důležité informace o zdravotním stavu, přehled plánovaných vyšetření)

K nástupu na ODLEHČOVACÍ SLUŽBU do pobytové služby je třeba doložit:

- a) **lékařskou zprávu** (číselné diagnózy, aktuální medikace a její přesné dávkování, alergie, srdeční implantáty, datum poslední výměny zavedeného močového katétru, důležité informace o zdravotním stavu, přehled plánovaných vyšetření)
- b) **výsledky laboratoře, ne starší 5 dní** (KO, mineralogram, glukóza, CRP, renální funkce, jaterní testy, v případě antikoagulační léčby Quick)
- c) **chronickou medikaci na celou dobu pobytu**
- d) **inkontinenční pomůcky** (v dostatečném množství na celou dobu pobytu + jednorázové podložky do lůžka)
- e) **potvrdit po ukončení OS poukaz ORP pro vykazování úkonů odbornosti 913 zdravotním pojišťovnám** v případě, že klient bude vyžadovat zdravotní péči, bude péče vykazována zdravotním pojišťovnám, např. péče o zavedený PMK, aplikace inzulínu, bandáže, aplikace nízkomolekulárního Heparinu, aplikace injekcí měření FF, péče o chronické kožní defekty, odběr biologického materiálu, atd.

K nástupu na TRVALÝ POBYT do pobytové služby je třeba doložit:

- a) **lékařskou zprávu** (číselné diagnózy, aktuální medikace a její přesné dávkování, alergie, srdeční implantáty, datum poslední výměny zavedeného močového katétru, důležité informace o zdravotním stavu, přehled plánovaných vyšetření)
- b) **výpis ze zdravotní dokumentace** (klient bude dnem nástupu, dá-li k tomu souhlas, přeregistrován ke smluvnímu praktickému lékaři pobytové služby)
- c) **údaj o datu poslední preskripce inkontinenčních pomůcek**