|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pořadové č.:** | **Datum přijetí:** | **Způsob přijetí:** | **Podal:** | **Přijal/vyřizuje:** | **Razítko:** |
|  |  | **Osobně**  **Poštou**  **E-mailem** | **Žadatel**  **Soc.pracovník**  **Os. blízká žadateli** |  |  |

**ŽÁDOST K UMÍSTĚNÍ UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

 Identifikátor **služby domova pro seniory**: 6773306

Identifikátor služby **domova se zvláštním režimem**: 5125094



Datum přijetí žádosti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení a jméno žadatele/ky** | | | Titul |
| **Datum a rok narození** |  | | |
| **Trvalé bydliště** | |  | |
| **Kontaktní údaje žadatele (telefon, e-mail)** | | | |
| **Příspěvek na péči** *Prosím označte možnost.*  přiznán ve stupni: …….  není přiznán  byla podána žádost dne ……………  byla podána žádost o navýšení dne ……………….  **Příspěvek na mobilitu**  pobírám,  nepobírám  **Důchod**  starobní,  invalidní,  vdovský/vdovecký. | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení a jméno osoby blízké** | | | Titul |
| **Datum a rok narození** |  | | |
| **Trvalé bydliště** | |  | |
| **Kontaktní údaje osoby blízké (telefon, e-mail)** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Údaje o žadateli:** | |
| Rodinný stav | Zdravotní pojišťovna |
| Osoby žijící ve společné domácnosti se žadatelem | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kontaktní osoby, opatrovník** | | | |
| **Jméno a příjmení** | | Vztah k žadateli | |
| Telefon | E-mail | | |
| **Jméno a příjmení** | | | Vztah k žadateli |
| Telefon |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Praktický lékař** | |
| Lékař | Kontakt: telefon |
| Adresa | |

|  |
| --- |
| **Nepovinná poznámka, pro důležité sdělení k žádosti:** |
|  |
|  |
| **Kontaktní údaje Domova pro seniory Zity Kabátové** |
| Internetové stránky: www.dzvcentrum.cz, e-mail: info@dtvcentrum.cz  Sociální pracovnice Mgr. Zora Zelená, +420 601 589 081 |
|  |
| Součástí žádosti o pobytové služby: Zdravotní záznam žadatele,POSOUZENÍ POTŘEBNOSTI  PÉČE,INFORMACE O DALŠÍM POSTUPU VE VĚCI VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY, POSTUP PŘI UZAVÍRÁNÍ SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY, sazebník úhrad.  Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s jejich obsahem a souhlasím s nimi.    Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., v plném změní, včetně údajů o zdravotním stavu a o kontaktní osobě. **Svým podpisem uděluji souhlas ke shromažďování a uchovávání těchto dat od posouzení mojí žádosti, od přijetí, až do doby jejich archivace a skartace.** Souhlasím, aby informace vztahující k mojí osobě byla poskytnuta kontaktní osobě.  **Prohlašuji, že veškeré údaje mnou uvedené v této žádosti jsou pravdivé.**    **V ………… dne ………**  **Podpis žadatele………………………………….. Podpis opatrovníka…………………………..** |

**Příloha č. 1**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE\***

**o zdravotním stavu žadatele k žádosti**

**do Domova třetího věku s.r.o**

žadateleo pobyt v Domově pro seniory Zity Kabátové, ul. Za Mototechnou 1114/4 Praha 5- Stodůlky, 150 00

|  |
| --- |
| **Žadatel:** ............................................................. **Zdravotní pojišťovna:** …………….............. Jméno a příjmení  **Datum narození:** ……………………………... **Rodné číslo**: ………………………………………………………..  **Bydliště:** ………………………………………………………………………………………………………………………..…..  **ulice, číslo obec PSČ**  **Současný pobyt** (pokud se liší od bydliště): …………………………………………………………..……………... |
| 1. **Anamnéza** (rodinná, osobní): |
| 1. **Aktuální zdravotní stav** (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.): |
| 1. **Duševní stav** (orientovanost žadatele, akutní nebo chronické duševní onemocnění, deprese, úzkost, projevy narušující kolektivní soužití či jiné specifické projevy chování): |
| 1. **Trpí žadatel demenc**í?   ANO - Typ demence: ………………………… Stupeň: ………………………………………………………………  NE |
| 1. **Trpí žadatel, příp. trpěl závislostí (na omamných, psychotropních, příp. jiných látkách)?**   ANO – jaké: …………………………………………………………………………………………………………………….…  NE |
| 1. **Diagnóza** (česky): 2. Hlavní diagnóza: ……………………………………………………………………………………………………………. 3. Ostatní choroby: …………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Datum posledního očkování:**   TAT: ........................................................ PNEUMO: …………………………………………..………..  VAXIGRIP: …………………………………………....  jiné očkování: |
| 1. **Žadatel je pod dohledem odborné ambulance**:   Plicní  Neurologie  Nutriční  Psychiatrie  Ortopedie  Chirurgie  Diabetologie  Kardiologie  Interna  Jiné: ………………………………. |
| 1. **Žadatel je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu?** ANO  NE   Pokud ano, pro jakou: ….…………………………………………………………………. |

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Objektivní nález**   Je schopen chůze bez cizí pomoci:  ANO  NE  Používá kompenzační pomůcky:  Hole  Invalidní vozík  Chodítko  Sluch:  normální  nedoslýchá  zbytky sluchu  je neslyšící  Zrak:  normální zhoršené vidění  zbytky zraku  je nevidomý   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Je upoután na lůžko | ANO | NE | | Je schopen polohy v sedě, v křesle | ANO | NE | | Porucha příjmu potravy, tekutin | ANO | NE | | Inkontinence stolice | ANO | NE | | Inkontinence moči | ANO | NE | | Používání WC křesla u lůžka | ANO | NE | | Defekty kůže: | ANO | NE | | * dekubity (stupeň, lokalizace): * opruzeniny (stupeň, lokalizace): |  | | | Alergie: | | | | Dieta:  NE  Diabetická Žlučníková Strava mletá PEG | | | |
| 1. **Pro žadatele doporučuji službu Domov pro seniory**   (demence, duševní onemocnění, omezený volný pohyb): ANO NE |

V………………………… dne ……………………

razítko a podpis praktického lékaře