|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.czSociální 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