



**SOBĚSTAČNOST A ORIENTACE:**

<b>Chůze</b>	plně pohyblivý/á				
	s kompenzační pomůckou:	hůl/ hole	berle/ 2 berle	chodítko	invalidní vozík
	trvale na lůžku:	pohyblivý/pohyblivá		nepohyblivý/nepohyblivá	
<b>Stravování</b>	<b>dieta:</b>	ne	ano		
	stravuje se sám/a	stravuje se s dopomocí		stravování sám/a nezvládá	
<b>Léky</b>	užívá sám/a	užívá s dopomocí		podání léků sám/a nezvládá	
<b>Hygiena</b>	samostatně	s dopomocí		hygienickou péči nezvládá	
<b>Inkontinence</b>	ne	ano – pomůcky:	v noci	přes den	nepřetržitě
<b>Oblékání</b>	samostatně	s dopomocí		nezvládne se sám/a obléci	
<b>Smysly</b>	<b>sluch:</b>	dobry	nedoslýchavost	neslyšící	naslouchadlo
	<b>zrak:</b>	dobry	zhoršený	zbytky zraku	nevidomý/á
<b>Orientace</b>	<b>v přirozeném prostředí:</b>	plně se orientuje	s dopomocí	neorientuje se	
	<b>v čase:</b>	plně se orientuje	s dopomocí	neorientuje se	
	<b>v osobách:</b>	plně se orientuje	s dopomocí	neorientuje se	

**Datum:**

.....

**Podpis žadatele**

.....

**Podpis pečující osoby nebo opatrovníka**

**UPOZORNĚNÍ:**

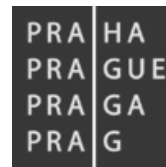
V den nástupu k odlehčovacímú pobytu je nutné, aby byl žadatel vybaven léky a jinými zdravotními a hygienickými pomůckami a potřebami, které pravidelně používá, rovněž je nezbytné zajistit jejich doplňování dle potřeby v průběhu poskytování služby. Při pobytu delším než 3 měsíce je možné po předchozím projednání se zaregistrovat u smluvního lékaře, který dochází do zařízení.

Žadatel, příbuzní nebo osoba blízká podává v této žádosti pravdivou informaci o sociální situaci a zdravotním stavu žadatele. Při změně zdravotního stavu musí konzultovat s pověřenou osobou DSH, zda je nástup možný. Pokud tak nebude učiněno nebo bude-li nějaká významná informace zamlčena, je poskytovatel oprávněn žadatele nepřijmout.

Udělují svým podpisem výslovný souhlas s tím, aby Domov pro seniory Háje zpracovával všechny mé osobní údaje, které ode mne získá prostřednictvím vyplnění této žádosti, a to konkrétně pro účely posouzení této žádosti, a pro účely zpracování, uzavření a řádného a efektivního plnění smlouvy o poskytování sociálních služeb. Tento souhlas udělují dobrovolně, současně jsem si vědom/vědoma, že mohu tento souhlas vzít kdykoli, a to i v rozsahu jen některých údajů, zpět. Byl/a jsem informován/a o tom, že podrobnou informaci pro klienty o zpracování osobních údajů obdržím při uzavírání smlouvy o poskytování sociálních služeb.



# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE<sup>1</sup>



## o zdravotním stavu žadatele k žádosti o pobyt v Domově pro seniory Háje – odlehčovací služba

příloha žádosti

<b>Jméno a příjmení žadatele</b>	.....			
<b>Adresa trvalého bydliště</b>	.....			
<b>Datum narození</b>	.....			
<b>Zdravotní pojišťovna</b>	VZP 111	OZP 207	VoZP 201	ZPMV 211
	ČPZP 205	RBP ZP 213	jiná ZP:	
<b>Dieta</b>	racionální č.3	diabetická č. 9	žlučnicková č. 4	bezezbytková č. 5
	bezlepková	omezení soli		
<b>Strava</b>	celá	mletá	mix	jiný druh

**Aktuální zdravotní stav** (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdravotním zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.)

**Duševní stav** (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):

<b>Trpí žadatel demencí?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	Stupeň:	Typ:
	<input type="checkbox"/> NE		
<b>Trpí žadatel, případně trpěl závislostí</b> (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?	<input type="checkbox"/> ANO	Jaké:	
	<input type="checkbox"/> NE		
<b>Potřebuje lékařské ošetření?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> trvale	<input type="checkbox"/> občas
	<input type="checkbox"/> NE		

<sup>1</sup> zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.

<b>Je schopen chůze bez cizí pomoci?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
kompenzační pomůcky:	<input type="checkbox"/> hole	<input type="checkbox"/> chodítko	<input type="checkbox"/> invalidní vozík	
<b>sluch:</b>	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> nedoslýchá	<input type="checkbox"/> zbytky sluchu	<input type="checkbox"/> neslyší
<b>zrak:</b>	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> zhoršené vidění	<input type="checkbox"/> zbytky zraku	<input type="checkbox"/> nevidomý
Je upoután trvale – převážně na lůžko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Je schopen polohy v sedě, v křesle	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Je schopen sám se najíst, napít	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
<b>Inkontinence</b>	trvale	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
	občas	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
	v noci	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Používá WC křeslo u lůžka	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
<b>Defekty kůže</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> dekubity (stupeň, lokalizace)		
		<input type="checkbox"/> opruzeniny		
		<input type="checkbox"/> jiné		
	<input type="checkbox"/> NE			
<b>Jiné údaje - prosíme o výpis diagnóz a současné medikace:</b>				
<b>Doporučuji poskytování pobytové odlehčovací služby Domova pro seniory Háje ANO/NE</b>				

Dne

V

.....

.....  
**razítko a podpis vyšetřujícího lékaře**