**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ**

**AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**DENNÍ STACIONÁŘ PARKINSON**

podle zákona č. 108/2006 Sb., § 46

**Domov pro seniory Háje, K Milíčovu 734, Praha 4 – Háje**

tel.: 271 198 502; 522 fax: 271 198 404

**Základní údaje:**

|  |
| --- |
| Jméno, příjmení a akademický titul žadatele:  |
| Jméno, příjmení a akademický titul pečující osoby:  |
|  |
| Datum narození: | Místo narození:  |  |
| Adresa trvalého bydliště:  | PSČ |
| Kontaktní adresa:  | PSČ |
| Telefon: |  | E-mail: |
|  |
| **Kontaktní osoby:**  |
| Jméno a příjmení:  | Vztah k žadateli: |
|  | Telefon: | E-mail: |
| Jméno a příjmení: | Vztah k žadateli: |
|  | Telefon: | E-mail: |
|  |
| **Žadatel pobírá příspěvek na péči** (zaškrtněte): |
| stupeň I. (lehká závislost) | stupeň III. (těžká) | nepobírá příspěvek |
| stupeň II. (středně těžká) | stupeň IV. (úplná) | má zažádáno |
|  |
|  |
| Žadatel **byl** /**nebyl** zbaven způsobilosti k právním úkonům: |
| Jméno a příjmení opatrovníka: |
|  | Telefon: | E-mail  |
| **Důvod k podání žádosti (stručný popis situace):** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Požadované datum nástupu:** |

**Soběstačnost a orientace:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum:**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Podpis žadatele** |  | **Podpis pečující osoby nebo opatrovníka** |

**UPOZORNĚNÍ**:

V den nástupu do Denního stacionáře Parkinson je nutné, aby byl žadatel vybaven léky a jinými zdravotními a hygienickými pomůckami a potřebami, které pravidelně používá.

Žadatel či jiná blízká osoba 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 docházka do denního stacionáře možná. Pokud tak nebude učiněno nebo bude-li nějaká významná informace zamlčena, je poskytovatel oprávněn žadatele odmítnout.

Uděluji 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 uděluji 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[[1]](#footnote-1)**

 **o zdravotním stavu žadatele k žádosti o pobyt**

**v Denním stacionáři Parkinson**

příloha žádosti

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žadatele**  |  |
| **Adresa trvalého bydliště** |  |
| **Datum narození**  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Dieta** | racionální č.3 | diabetická č. 9 | žlučníková č. 4 | bezezbytková č. 5 |
|  | bezlepková | omezení soli |  |  |
| **Strava** | 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): |
| **Trpí žadatel demencí?**   | ☐ ANO  | Stupeň: | Typ:  |
| ☐ NE |
| **Trpí žadatel, případně trpěl závislostí** (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)**?** | ☐ ANO  | Jaké:  |
| ☐ NE |  |
| **Potřebuje lékařské ošetření?**  | ☐ ANO  | ☐trvale  | ☐občas  |
| ☐ NE  |  |
|  |
| **Je schopen chůze bez cizí pomoci?**   | ☐ ANO  | ☐ NE |  |
| kompenzační pomůcky:  | ☐ hole  | ☐ chodítko | ☐ invalidní vozík  |
|  |
| **sluch:**  | ☐ normální  | ☐ nedoslýchá  | ☐ zbytky sluchu  | ☐ neslyší |
| **zrak:** | ☐ normální | ☐ zhoršené vidění  | ☐ zbytky zraku  | ☐ nevidomý  |
|  |
| Je upoután trvale – převážně na lůžko  | ☐ ANO  | ☐ NE  |
| Je schopen polohy v sedě, v křesle  | ☐ ANO | ☐ NE |
| Je schopen sám se najíst, napít  | ☐ ANO  | ☐ NE  |
|  |
| **Inkontinence**  | trvale  | ☐ ANO | ☐ NE |
| občas  | ☐ ANO  | ☐ NE |
| v noci  | ☐ ANO  | ☐ NE |
| Používá WC křeslo u lůžka  | ☐ ANO | ☐ NE |  |
|  |
| **Defekty kůže** | ☐ ANO | ☐ dekubity (stupeň, lokalizace) |
|  | ☐ opruzeniny  |
|  | ☐ jiné |
| ☐ NE  |
|  |
| **Jiné údaje - prosíme o výpis diagnóz a současné medikace:****Doporučuji poskytování ambulantní služby Denního stacionáře Parkinson v Domově pro seniory Háje ANO/NE** |
| Dne |  | V |  |  |  |
|  |
|  | **razítko a podpis vyšetřujícího lékaře** |

1. zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění. [↑](#footnote-ref-1)