**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)