



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

podle zákona č. 108/2006 Sb., § 44

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

tel.: 271 198 502; 371 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 do Domova pro seniory Háje:		
Požadované datum ukončení pobytu v Domově pro seniory Háje:		

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 k odlehčovacímu 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 LÉKAŘE¹



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

Jméno a příjmení žadatele				
Adresa trvalého bydliště				
Datum narození				
Zdravotní pojišťovna	VZP 111 ČPZP 205	OZP 207 RBP ZP 213	VoZP 201 jiná ZP:	ZPMV 211
Dieta	racionální č.3 bezlepková	diabetická č. 9 omezení soli	žlučníková č. 4	bezezbytková č. 5
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 ☐ NE	Stupeň:	Typ:
Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?	☐ ANO ☐ NE	Jaké:	
Potřebuje lékařské ošetření?	☐ ANO ☐ NE	☐ trvale	☐ občas

¹ zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.

**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

☐ ANO

☐ dekubity (stupeň, lokalizace)

Defekty kůže

☐ opruzeniny

☐ jiné

☐ NE

Jiné údaje - prosíme o výpis diagnóz a současné medikace:

Doporučuji poskytování pobytové odlehčovací služby Domova pro seniory Háje ANO/NE

Dne

V

.....

.....
razítko a podpis vyšetřujícího lékaře