



Domov V Zahradách Zdice,
poskytovatel sociálních služeb
se sídlem Čs. armády 969
267 51 Zdice

Žádost o poskytování sociální služby - domov se zvláštním režimem

1. Žadatel:.....
příjmení a jméno

2. Narozen(a):.....
den, měsíc, rok

3. Bydliště:.....
přesná adresa

Telefon:

Kontaktní osoba:

bydliště:

telefon:

4. Výše důchodu:Kč

5. Příspěvek na péči:

- nepobírám
- pobírámstupeň
- podaná žádost (řízení dosud probíhá)

6. Čím odůvodňujete nutnost přijetí do Domova V Zahradách Zdice:

.....
.....
.....

7. Potřebujete lékařské ošetření

- trvale
- občas
- nepotřebuji

Jsem v dlouhodobé péči odborného lékaře (např. plicní, neurologie, psychiatrie, ortopedie, chirurgie, interna, poradna diabetologická, protialkoholní apod.) – uveďte jakého:

8. **Prohlášení žadatele** (zákonného zástupce):

Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, pro účely evidence žadatelů o sociální službu.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě.

V dne

.....
Podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

Poznámka:

Tato žádost je zařazena do evidence žadatelů o sociální službu – domov pro seniory.

Součástí této žádosti je Dotazník.

DOTAZNÍK

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Zdravotní stav

1. Využívám sociální služby

- ne
- ano – jakých:

2. Chůze, pohyb

- chodím sám (a)
- chodím s holí, berlemi
- chodím s pomocí druhé osoby
- používám vozík nebo chodítka
- neprovedu

3. Pohyb na lůžku

- posadím se sám
- posadím se s pomocí druhé osoby
- neprovedu

4. Orientace v čase a prostoru

- dobrá orientace
- horší orientace
- nejsem schopen orientace

5. Transport

- cestuji samostatně dopravním prostředkem
- cestuji s doprovodem druhé osoby
- potřebuji úplnou pomoc nebo speciálně upravený vůz

6. Chůze po schodech

- chodím sám
- chodím s pomocí druhé osoby
- neprovedu

7. Použití WC

- zvládám sám bez pomoci
- potřebuji pomoc druhé osoby
- neprovedu, trpím inkontinencí

8. Oblékání

- zvládnu sám bez pomoci
- potřebuji pomoc druhé osoby
- neprovedu – potřebuji úplnou pomoc druhé osoby

9. Obstarání nákupu

- nakoupím samostatně
- nakoupím s doprovodem
- neprovedu

10. Způsob stravování

- najím se sám
- potřebuji pomoc druhé osoby (nakrájení stravy)
- potřebuji pomoc při přijímání stravy (krmení)

11. Péče o osobní hygienu

- zvládám sám bez pomoci
- potřebuji částečnou pomoc při mytí a koupání
- neprovedu, potřebuji úplnou pomoc druhé osoby
- nedodržuji

12. Užívání léků

- samostatně v určenou dobu, správnou dávku
- samostatně, jsou-li mi připraveny a připomenuty
- léky mi podává druhá osoba

13. Dorozumívání - řeč

- mluvím zřetelně
- mluvím s obtížemi

14. Dorozumívání - sluch

- slyším dobře
- slyším špatně

Sociální situace

- nevyhovující bytové podmínky (bariéry v bytě, nezvládání topení apod.)
- bez péče rodiny (osamělost, nedostupnost rodiny vzhledem k bydlišti, pracovní vytíženost, nezvládání péče apod.)
- pobyt v jiném zařízení poskytující sociální službu (domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou apod.)

Dne.....

.....
podpis žadatele



Domov V Zahradách Zdice, poskytovatel sociálních služeb
se sídlem Čs. armády 969, 267 51 Zdice
tel. 311690211 e-mail: rabochova.ivana@seniori-zdice.cz

Vyjádření registrujícího praktického lékaře
o zdravotním stavu žadatele o umístění do Domova V Zahradách Zdice

1.

Jméno a příjmení žadatele:.....

Datum narození:

Bydliště:

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

.....
.....
.....
.....

3. Objektivní nález:

.....
.....
.....
.....

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

.....
.....
.....

5. Diagnóza (česky):

a) hlavní

.....
.....

b) ostatní choroby a chorobné stavy

.....
.....

6. Nutné přílohy (vyšetření nesmí být starší 3 měsíců):

- a) RTG plic
- b) potvrzení o bezinfekčnosti
- c) potvrzení, že žadatel neprodělal scabies
- d) vyšetření moče a stolice

7. Žadatel:

- a) je pod dohledem odborného lékaře (neurologie, plicní, psychiatrie, diabet. poradna apod.)

.....

Pokud ano – zpráva od ošetřujícího lékaře

- b) potřebuje zvláštní péči – jakou:

.....

c) dieta:

8. Jiné údaje – např. postižení sluchu a zraku

.....

.....

.....

datum

.....

razítko a podpis lékaře

Poznámka: Výkon spojený s vyplněním tiskopisu hradí žadatel o umístění.