**[Žádost 2022](%C5%BD%C3%81DOST%202022.docx)**

**ŽÁDOST O UBYTOVÁNÍ A POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

**Domov pro seniory**

**Domov se zvláštním režimem**

 Pořadové číslo: ……………….

 Datum přijetí žádosti: .………………..

**ÚDAJE O ŽADATELI**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………

Datum narození: ………………………………………………………

Trvalé bydliště: ………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………….......................

Příspěvek na péči: Ano – ne Stupeň: …………………..

**DŮVOD UMÍSTĚNÍ V SENIORCENTRU POHODA**

……………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………...

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE** (je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům)

Jméno a adresa: …………………………………………………………………………………………………………………………

rozhodnutím soudu ze dne: ………………………… č.j.: ……………………………………………………………………

**KONTAKTY NA PŘÍBUZNÉ – uveďte alespoň jednu kontaktní osobu – NEPOVINNÉ**

Souhlasím s evidováním a používáním mých osobních údajů (jméno, příjmení, emailová adresa, telefonní číslo, korespondenční adresa) za účelem kontaktování mé osoby a zasílání informací a pozvánek, to vše výhradně v souvislosti s poskytováním péče uvedenému žadateli.

 Manžel(ka), děti, vnoučata, zeť, snacha

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení | Příbuzenský poměrk žadateli | Adresa | Telefonní číslo, email + podpis |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Co očekáváte od naší služby?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Místo a adresa současného pobytu (pokud se v současné době neshoduje s trvalým bydlištěm)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek zkreslení situace a eventuelně nemožnost přijetí do Seniorcentra (Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem).

Žádost o přijetí do zařízení jsem podal(a) z vlastní vůle a dle vlastního uvážení.

Žadatel podpisem tohoto dokumentu **bere na vědomí,** že při vyřizování jeho žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb **dochází ke** **zpracování jeho osobních údajů**, které v žádosti uvedl, a tov rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po dobu čekání na uvolnění kapacity.

*……………………………………. ………………………………………………………………………………*

 Datum Vlastnoruční podpis Žadatele (zákonného zástupce)

**Přílohy k žádosti:**

Vyjádření lékaře o aktuálním zdravotním stavu žadatele

Kopie posledního důchodového výměru \*)

Kopie rozhodnutí o výši příspěvku na péči \*)

*\*) Nepovinné přílohy*

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**o zdravotním stavu žadatele**

**žádajícího o umístění v Seniorcentru Pohoda**

Domov pro seniory 

Domov se zvláštním režimem 

|  |
| --- |
| **Žadatel/ka:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*příjmení (popř. rodné příjmení)* jméno**Narozen/a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *den, měsíc, rok***Bydliště:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *ulice, č.p., obec, část obce, PSČ***Rodné číslo:**  **Zdr. pojišťovna:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  **Diagnóza** *(slovy a čísly)*:  Základní: Ostatní: |
|  **Objektivní nález:**  |
|  **Duševní stav:**  |
| **Současná terapie** *(vypište veškerou medikaci včetně dávkování):* |

|  |
| --- |
| **Je pod dohledem specializovaného oddělení** *(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, apod.):* **Alergie** *(na potraviny, léky, bodnutí hmyzem …):* |
|   **Plicní vyšetření** *(ne starší 2 měsíců):* **Datum posledního očkování: Tetanus - ……..... Pneumokok - ……... Jiné - ………………** |
|  **Dohled specializovaného oddělení zdravotnického zařízení:** (pokud ANO, vypište prosím KDE)Plicní - ………..…. Interna - ………..….. Diabetologie - ………..……Ortopedie - ………….…….Oční - …………… Chirurgie - …………… Psychiatrie - …….……… Hematologie -….………….. Neurologie - ……………….. Alkoholicko-toxikologická poradna -…………………………………  **Vyprazdňování:** **Problémy s močením:** ANO NE pálení řezání retence inkontinence **Permanentní katétr zaveden** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **výměna** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Problémy se stolicí:** ANO NE zácpa průjem inkontinence stomie |
|  **Defekty: Bolest:**ANO NE ANO NE_vyr_72Sesterska-prekl **Druh poškození:**otok odkdy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ operační rána převaz dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dekubit materiál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jiné: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  **Dýchání:*** bez obtíží
* kašel
* dušnost
 | * dráždivý
* klidová
* noční
 |  * ventilován
* s expektorací
* námahová
* cyanóza
 |
| Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci (zakroužkujte) | ANO | NE |
|   Je schopen(a) postavit se s oporou, alespoň na malou chvíli |  ANO |   NE |
| Je schopen(a) chůze pouze s pomocí (hole, 2.osoby…) | ANO | NE |
| Je upoután(a) trvale - převážně na lůžko | ANO | NE |
| Je schopen(a) sám/sama sebe obsloužit | ANO | NE |
| Jsou k péči nutné speciální pomůcky? Jaké? *(vypište, prosím):* |   ANO |  NE |
| Pomočuje se: trvale občas  v noci | ANO ANO ANO | NENENE |
| Dieta: | PEG-Sonda | ANO | NE |
| Potřebuje zvláštní péči? Jakou?: |
| **Jiné důležité údaje (chronické onemocnění, infekční onemocnění):****Dne:**  \_\_\_\_\_\_\_  *razítko a podpis vyšetřujícího lékaře* |

**Přílohy**

a) Popis rtg. snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózy.

b) Výsledky vyšetření na bacilonosičství pokud je indikováno.

c) Podle potřeby výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření

**Důležité upozornění:**

Před nástupem uživatele do našeho zařízení z důvodu prevence zamezení nežádoucích infekčních virů a bakterií do našeho prostředí požadujeme následující vyšetření:

* výtěr z krku + nosu (MRSA)
* parazitologie – standardní vyšetření
* základní hematologie
* základní biochemie

**Děkujeme za důležité informace o zdravotním stavu „Žadatele“.**