



**Žádost
o pobytovou odlehčovací službu
(na adrese Jana Masaryka 34, Praha 2)**

ŽADATEL

Jméno a příjmení:		Rodné příjmení:	
Trvalé bydliště:			
Faktické bydliště (vyplňte, pokud se liší od trvalého):			
Datum narození:		Telefon:	
		E-mail:	
Žádám o pobytovou odlehčovací službu v termínu:		od	do
Proč žádáte o sociální službu a v čem by Vám měla pomoci?			
Jak jste doposud řešil/a svou nepříznivou sociální situaci?			



Kontaktní osoby	
Jméno a příjmení:	Telefon:
	E-mail:
Jméno a příjmení:	Telefon:
	E-mail:

Prohlášení žadatele o souhlasu se zpracováním osobních údajů uvedených v žádosti o pobytovou odlehčovací službu Jana Masaryka 34 v CSS Praha 2

Prohlašuji, že jsem byl/a, ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, řádně informován(a) o zpracování osobních údajů v souvislosti s pobytem v CSS Praha 2.

Souhlasím, aby CSS Praha 2 zpracovávalo a archivovalo pro účel požadované služby po dobu trvání pobytu a následných 10 let po jeho ukončení moje osobní data vč. informací o zdravotním stavu. Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoliv změnu osobních a zdravotních údajů.

V Praze dne:

.....

podpis žadatele

Prohlášení blízké osoby žadatele o souhlasu se zpracováním osobních a údajů uvedených v žádosti o pobytovou odlehčovací službu Jana Masaryka 34 v CSS Praha 2

Prohlašuji, že jsem byl/a, ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, řádně informován(a) o zpracování osobních údajů v souvislosti s žádostí o pobytovou odlehčovací službu Jana Masaryka 34 v CSS Praha 2.

Souhlasím, aby CSS Praha 2 zpracovávalo a archivovalo pro účel požadované služby po dobu trvání pobytu a následných 10 let po jeho ukončení moje osobní data.

Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoliv změnu osobních údajů.

Datum

.....

podpis blízké osoby

.....

podpis blízké osoby

Příloha žádosti:

- zdravotní záznam ošetřujícího lékaře vč. seznamu a rozpisu léků (zaslat či předat Lence Kryštofové, vedoucí úseku pobytových služeb Jana Masaryka, e-mail: lenka.krystofova@cssp2.cz)



ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM

**Vyjádření ošetřujícího lékaře k aktuálnímu zdravotnímu stavu zájemce o službu
– pobytová odlehčovací služba v Centru sociálních služeb Praha 2, Jana Masaryka 34, 120 00 Praha 2**

!DŮLEŽITÉ: Prosíme o předání Vašemu praktickému lékaři, příp. ošetřujícímu lékaři, jste-li hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení s upozorněním, že pro posouzení žádosti je třeba vyplnit všechny kolonky formuláře.

Osobní údaje Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Bydliště:	
Zdravotní pojišťovna: <input type="text"/>	
Praktický lékař:	
Jméno a příjmení:	IČP:
Adresa:	
Telefon:	E-mail:

Důležité informace: Jsme pobytové sociální zařízení **bez lékaře**, které má smlouvu se zdravotní pojišťovnou pro odbornost 913.

Aktuální zdravotní stav – soběstačnost žadatele (mobilita, motorické schopnosti, schopnost sebeobsluhy – osobní hygiena, oblékání, stravování)
Anamnéza (rodinná, osobní):



Komunikace (řeč, sluch a zrak)

Umožňuje zdravotní stav Vašeho pacienta pobyt v našem zařízení, tj. bez trvalé lékařské péče?

Má pacient psychiatrickou diagnózu, popř. jakou?

Může uvedená diagnóza ovlivnit chování tohoto pacienta tak, že by mohlo dojít závažným způsobem k narušení kolektivního soužití v pobytových sociálních službách CSSP2?

Trpí pacient demencí? Uveďte prosím typ/druh / a stupeň rozvoje

Popis projevů onemocnění:

Orientovanost pacienta:

Je pacient agresivní? Převládá u něj noční aktivita?



Je pacient schopen soužití s dalšími klienty? (V našem zařízení jsou 2 lůžkové pokoje.)
Je pacient v péči ještě dalšího odborného lékaře? Jakého?
Datum aktuální lékařské zprávy od specialisty/ů: Je stav pacienta plně kompenzován?
Vyžaduje pacient časté nebo akutní umístění ve zdravotnickém zařízení?
Má pacient infekční onemocnění vylučující pobyt v naší sociální službě, popř. jaké?
Má pacient inkontinenci, popř. jaký stupeň?
Má pacient předepsané inkontinenční pomůcky?
Má pacient defekty na kůži? Jaké?
Prodělal pacient v poslední době rehabilitační péči, popř. jakou?
Potřebuje pacient jinou péči, popř. uveďte jakou?



Trpí, nebo trpěl pacient nějakou závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?

Diagnózy:

Aktuální terapie, léky a dávkování:

Dieta:

Alergie:

datum

.....
razítko a podpis lékaře

Informace pro lékaře:

Důvodem pro nepřijetí může být zdravotní stav, dle z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, a to:

Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,*
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo*
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.*