



ŽÁDOST O POBYTOVOU ODLEHČOVACÍ SLUŽBU JANA MASARYKA

ÚDAJE O ŽADATELI

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

TRVALÉ BYDLIŠTĚ

FAKTICKÉ BYDLIŠTĚ (VYPLŇTE, POKUD SE LIŠÍ OD TRVALÉHO)

DATUM NAROZENÍ

TELEFON

E – MAIL

ŽÁDÁM O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V TERMÍNU OD:

PROČ ŽÁDÁTE O SOCIÁLNÍ SLUŽBY A V ČEM BY VÁM MĚLA POMOCI?

JAK JSTE DOPOSUD ŘEŠIL/A SVOU NEPŘÍZNIVOU SOCIÁLNÍ SITUACI?



ÚDAJE O KONTAKTNÍ OSOBE *

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

VZTAH K ŽADATELI

TRVALÉ BYDLIŠTĚ

TELEFON

E-MAIL

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE A KONTAKTNÍ OSOBY

Žadatel prohlašuje, že výše uvedená kontaktní osoba je informována o skutečnosti, že její osobní údaje jsou součástí žádosti o službu a souhlasí s jejich použitím pro účel kontaktování její osoby ze strany Centra sociálních služeb Praha 2, zejm. pokud jde o řešení sociální situace žadatele v rozsahu předání informací pro vyřízení termínu sociálního šetření, projednání smluvních ustanovení, domluvení termínu zahájení služby, doložení podkladů pro uzavření smlouvy a oboustranného předávání následných informací v souvislosti se zaváděnou službou (tj. před uzavřením příp. smlouvy).

Souhlasím, aby údaje o mém zdravotním stavu uvedené ve Zdravotním záznamu potvrzeného lékařem byly součástí sociální dokumentace.

V PRAZE DNE

PODPIS ŽADATELE

Příloha žádosti

- **zdravotní záznam ošetřujícího / praktického lékaře** vč. seznamu a rozpisu léků





ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM

Vyjádření ošetřujícího / praktického lékaře k aktuálnímu zdravotnímu stavu žadatele o pobytovou sociální službu v Centru sociálních služeb Praha 2, Máchova 14, 120 00 Praha 2

(dle § 91 odst. 3 písm. c) zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, ve spojení s § 36 vyhl.č. 505/2006 Sb., o provádění zákona o sociálních službách v platném znění)

OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE O POBYTOVOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU / PACIENTA

JMÉNO A PŘÍJMENÍ	RODNÉ ČÍSLO
------------------	-------------

TRVALÉ BYDLIŠTĚ	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
-----------------	----------------------

OŠETŘUJÍCÍ* | PRAKTICKÝ LÉKAŘ*

JMÉNO A PŘÍJMENÍ	IČP
------------------	-----

ADRESA	TELEFON	E-MAIL
--------	---------	--------

DŮLEŽITÉ:

i Jsme pobytové sociální zařízení **bez trvalé přítomnosti lékaře**, které má smlouvu se zdravotní pojišťovnou pro odbornost 913. Pro posouzení žádosti je třeba vyplnit **všechny kolonky formuláře**.

AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV – SOBĚSTAČNOST ŽADATELE (MOBILITA, MOTORICKÉ SCHOPNOSTI, SCHOPNOST SEBEOBSLUHY – OSOBNÍ HYGIENA, OBLÉKÁNÍ, STRAVOVÁNÍ)

- Je upoután trvale – převážně na lůžko ano ne
Je schopen polohy v sedě, v křesle ano ne
Je schopen samostatně se najíst, napít ano ne
Zvládne se samostatně osprchovat ano ne
Používá WC křeslo u lůžka ano ne
Používá inkontinenční pomůcky ano ne
Sluch normální nedoslýchá zbytky sluchu neslyší
Zrak normální zhoršené vidění zbytky zraku nevidomý
Používá kompenzační pomůcky hole chodítka invalidní vozík
Kontinence moči plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní
Kontinence stolice plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní
Jaké používá inkontinentní pomůcky vložky, vložné pleny plen.kalhotky natahovací plen.kalhotky lepicí
Defekty kůže dekubity opruzeniny jiné



ANAMNÉZA (RODINNÁ, OSOBNÍ)

*nehodící se škrtněte

KOMUNIKACE (ŘEČ)

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 DVOULŮŽKOVÉ POKOJE)

JE PACIENT V PÉČI JEŠTĚ DALŠÍHO ODBORNÉHO LÉKAŘE?

JAKÉHO?

Adresa:

Telefon:

MÁ PACIENT INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ VYLUČUJÍCÍ POBYT V NAŠÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ, POPŘ. JAKÉ?
PRODĚLAL PACIENT ONEMOCNĚNÍ COVID-19? POKUD ANO, UVEĎTE DATUM UKONČENÍ ONEMOCNĚNÍ.



JE STAV PACIENTA PLNĚ KOMPENZOVÁN?

VYŽADUJE PACIENT ČASTÉ NEBO AKUTNÍ UMÍSTĚNÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ?

ABSOLVOVAL 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:

URČENÝ STUPEŇ INKONTINENCE:

DATUM OČKOVÁNÍ: TAT PENUMOKOK CHŘÍPKA
COVID-19

i DŮLEŽITÉ **ŽADATEL BERE NA VĚDOMÍ, ŽE PŘED NÁSTUPEM DO DS MUSÍ DOLOŽIT NEGATIVNÍ TEST NA COVID-19.**

Datum

Razítko a podpis lékaře

i PRO LÉKAŘE:

dle z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění
Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže

- zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo
- 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.

