



ŽÁDOST O POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY 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 SLUŽBU A V ČEM BY VÁM MĚLA POMOCI? **PROSÍME O VYPLNĚNÍ, JEDNÁ SE O DŮLEŽITÉ INFORMACE.**

JAK JSTE DOPOSUD ŘEŠIL/A SVOU NEPŘÍZNIVOU SOCIÁLNÍ SITUACI? **PROSÍME O VYPLNĚNÍ, JEDNÁ SE O DŮLEŽITÉ INFORMACE.**





INFORMACE O VAŠÍ SITUACI

PROSÍME O LASKAVÉ VYPLNĚNÍ NÁSLEDUJÍCÍCH INFORMACÍ O VAŠÍ SITUACI

SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

- žijete s partnerem nebo rodinou, popř. vám partner či rodina pomáhají
- žijete sám, blízká osoba pravidelně dochází
- žijete s partnerem nebo blízkou osobou bez pomoci blízkých (péče není ze strany rodiny možná), blízká osoba dochází pouze zřídka
- žijete sám, bez kontaktu s blízkou osobou

BYDLENÍ

- bezbariérový byt s výtahem nebo byt v přízemí
- bariérový byt s výtahem nebo byt v přízemí
- bariérový byt bez výtahu nebo byt v nižším patře
- bariérový byt bez výtahu nebo byt ve vyšším patře

ZÁVISLOST NA POMOCI JINÝCH OSOB

- nejste závislý na pomoci nebo využíváte služby jiné pobytové sociální služby
- využíváte ambulanci či terénní formu sociálních služeb, popř. terénních zdravotnických služeb, popř. blízká osoba zajišťuje péči
- jste závislý na pomoci jiných osob, nacházíte se ve zdravotnickém zařízení s perspektivou návratu do domácího prostředí
- jste závislý na pomoci jiných osob, nacházíte se ve zdravotnickém zařízení, výše uvedené možnosti jsou vyloučeny (kromě využití jiné pobytové soc. služby)

MOBILITA

- jste mobilní, chůze bez opory
- jste mobilní s lehčí kompenzační pomůckou (hůl, chodítko), schopen chůze na kratší vzdálenost
- jste mobilní pouze s kompenzační pomůckou (francouzské hole, chodítko), na delší vzdálenost používáte vozík
- jste imobilní, potřebujete pomoc při polohování na lůžku

POMOC PŘI PODÁVÁNÍ JÍDLA A PITÍ

- sám si zajistíte stravu (nakoupíte, uvaříte si, ohřejete si jídlo)
- donášku stravy zajišťuje osoba blízká nebo pečovatelská služba, stravu si ohřejete, najíte se sám
- potřebujete pomoc při servírování stravy (nakrájení, namazání, ohřátí, mletá strava)
- potřebujete úplnou pomoc při stravování (úplná pomoc při konzumaci stravy)

POMOC PŘI OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ

- obléknete se sám vč. přípravy oblečení
- dopomoc s přípravou prádla, oblékání zvládnete samostatně
- příprava prádla druhou osobou, částečná pomoc s oblékáním
- příprava prádla druhou osobou, oblékání či svlékání oděvu zajišťuje druhá osoba





INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ A VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI

JAKÝM ZPŮSOBEM SI PŘEJETE BÝT INFORMOVÁN/A O ZPRACOVÁNÍ A VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI?

- a) emailem (i příp. email kontaktní osoby)
- b) telefonicky (vč. SMS zprávy) na tel. č.
- c) jiným způsobem

ÚDAJE O KONTAKTNÍ OSOBE *

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

VZTAH K ŽADATELI

TRVALÉ BYDLIŠTĚ

E-MAIL
TELEFON

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

DOVOLUJEME SI VÁS INFORMOVAT O ZÁKONNÝCH DŮVODECH PRO ODMÍTNUTÍ ZÁJEMCE O SLUŽBU*, KTERÝMI JSOU:

- a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb,
- b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá,
- c) zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis, nebo
- d) osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí této sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy.

* **odmítnutí zájemce o službu dle § 91, odst. 3, písm. a), b), c), d) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**





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 VE VAZBĚ NA 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
Sluch normální nedoslýchá neslyší
Zrak normální zhoršené vidění zbytky zraku nevidomý
Používá kompenzační pomůcky hole chodítka invalidní vozík naslouchátko
Kontinence moči plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní
Kontinence stolice plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní
Používá WC křeslo u lůžka ano ne
Používá inkontinenční pomůcky ano ne
Jaké používá inkontinenční pomůcky vložky, vložné pleny plen.kalhoty natahovací plen.kalhotky lepící
 žádné
Defekty kůže žádné dekubity opruzeniny jiné





ANAMNÉZA (RODINNÁ, OSOBNÍ)

*nehodící se škrtněte

KOMUNIKACE (ŘEČ, SLUCH A ZRAK)

UMOŽŇUJE ZDRAVOTNÍ STAV VAŠEHO PACIENTA POBYT V NAŠEM ZAŘÍZENÍ, T.J. 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?**

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?

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:

URČENÝ STUPEŇ INKONTINENCE:

DATUM OČKOVÁNÍ: TAT PENUMOKOK CHŘÍPKA
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.*

