

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Domov Sue Ryder, z. ú.
Michelská 1/7, 140 00 Praha 4

Tento rámeček vyplní sociální pracovník Domova Sue Ryder.

Žádost doručena dne:

Žádost převzal/a:

Datum zařazení do evidence:

Počet bodů:

Žádost je třeba vyplnit pečlivě, uvést všechny požadované údaje v obou částech žádosti. Neúplně vyplněná nebo nekompletní žádost nebude sociálním pracovníkem Domova Sue Ryder převzata k dalšímu zpracování.

1. ČÁST ŽÁDOSTI

I. OSOBNÍ A KONTAKTNÍ ÚDAJE

Osobní údaje žadatele

Jméno, příjmení, titul žadatele (osoba, které má být služba poskytována)					
Telefon žadatele		E-mail žadatele			
Datum narození		Místo narození		Věk	
Rodinný stav		Státní příslušnost		Zdravotní pojišťovna	
Adresa trvalého bydliště					
Adresa současného pobytu					
Výše příjmu (nepovinný údaj)					

Omezení svéprávnosti	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Jméno, příjmení, titul opatrovníka (v případě omezení svéprávnosti):		
V případě omezení svéprávnosti žadatele přiložte kopii rozhodnutí soudu.		

Výše příspěvku na péči (zaškrtněte jednu z variant):

<input type="checkbox"/> I. stupeň (880 Kč)	<input type="checkbox"/> III. Stupeň (8800 Kč/ 12800 Kč)	<input type="checkbox"/> Nepobírám příspěvek na péči
<input type="checkbox"/> II. Stupeň (4400 Kč)	<input type="checkbox"/> IV. Stupeň (13200 Kč/ 19200 Kč)	<input type="checkbox"/> Mám podanou žádost

Kontaktní osoba - je člověk blízký žadateli o službu, se kterým mohou zaměstnanci Domova Sue Ryder jednat ohledně žádosti o službu i během poskytování služby

Hlavní kontaktní osoba

Jméno, příjmení, titul			
Kontaktní adresa			
Vztah k žadateli		Telefon	
E-mailová adresa			

Další kontaktní osoba

Jméno, příjmení, titul			
Kontaktní adresa			
Vztah k žadateli		Telefon	
E-mailová adresa			

Z jakých důvodů žádáte o dlouhodobý pobyt v Domově pro seniory Sue Ryder (dále jen Domov) a co od něho očekáváte?

II. BYDLENÍ A PÉČE

Uved'te, jak nyní bydlíte	Bytové podmínky
<input type="checkbox"/> s rodinou / blízkým	<input type="checkbox"/> vyhovující podmínky
<input type="checkbox"/> s rodinou/ blízkým, ale nemohou zajistit péči	<input type="checkbox"/> vyšší patro bez výtahu
<input type="checkbox"/> sám, ale blízký zajišťuje péči	<input type="checkbox"/> do bytu / domu vedou schody
<input type="checkbox"/> sám, ale blízký nemůže zajišťovat péči	<input type="checkbox"/> v bytě jsou bariéry (prahy, vana apod.)
<input type="checkbox"/> sám, blízcí žijí v jiném městě	
<input type="checkbox"/> sám, blízcí žijí v zahraničí	
<input type="checkbox"/> sám, bezdětný	

Kdo Vám zajišťoval potřebnou péči?		
	období	název zařízení
<input type="checkbox"/> zatím nepotřebuji		
<input type="checkbox"/> rodina		
<input type="checkbox"/> denní stacionář		
<input type="checkbox"/> terénní služba (os. asistence / peč. služba)		
<input type="checkbox"/> LDN		
<input type="checkbox"/> nemocnice		
<input type="checkbox"/> odlehčovací služba		
<input type="checkbox"/> domov pro seniory		
<input type="checkbox"/> domov se zvláštním režimem		
<input type="checkbox"/> jiné:		

Existuje možnost návratu do domácího prostředí,
jste v zařízení?

pokud

<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
------------------------------	-----------------------------

Pokud návrat není možný, z jakého důvodu?	<input type="checkbox"/>	sociální izolace
	<input type="checkbox"/>	zdravotní stav
	<input type="checkbox"/>	potřeba zajištění péče
	<input type="checkbox"/>	blízcí nemohou pečovat
	<input type="checkbox"/>	bytové podmínky

III. SOBĚSTAČNOST ŽADATELE

SOBĚSTAČNOST PŘI ZÁKLADNÍCH ČINNOSTECH

Vyplňte prosím pečlivě následující tabulku. U každé činnosti označte křížkem jen jednu možnost, která vystihuje, jak danou činnost zvládáte.

Samostatně bez pomoci = činnost běžně zvládáte a nepotřebujete žádnou pomoc

S pomocí = při této činnosti Vám musí někdo pomoci, v různé míře, ale pomoc potřebujete

Neprovedu = při takové činnosti potřebujete plnou péči, případně ji už vůbec neděláte

činnost	zvládnutí činnosti	
stravování, pití	<input type="checkbox"/>	samostatně bez pomoci
	<input type="checkbox"/>	s pomocí
	<input type="checkbox"/>	neprovedu
oblékání	<input type="checkbox"/>	samostatně bez pomoci
	<input type="checkbox"/>	s pomocí
	<input type="checkbox"/>	neprovedu

pohyb	<input type="checkbox"/>	chůze bez pomoci						
	<input checked="" type="checkbox"/>	chůze s pomocí	<input type="checkbox"/>	hůl, berle				
			<input type="checkbox"/>	chodítko				
			<input type="checkbox"/>	druhá osoba				
	<input checked="" type="checkbox"/>	vozik						
	<input checked="" type="checkbox"/>	trvale upoután na lůžko						
	<input checked="" type="checkbox"/>	nebezpečí pádu	<input type="checkbox"/>	občas				
			<input type="checkbox"/>	často				
	<input checked="" type="checkbox"/>	posazení	<input type="checkbox"/>	samostatně				
			<input type="checkbox"/>	vydržím sedět bez opory				
		<input type="checkbox"/>	vydržím sedět s oporou					
		<input type="checkbox"/>	nelze					
komunikace	<input type="checkbox"/>	mluvím zřetelně						
	<input type="checkbox"/>	mluvím s obtížemi						
	<input type="checkbox"/>	porucha řeči (např. afázie)						
orientace		v přirozeném prostředí	<input type="checkbox"/>	plně	<input type="checkbox"/>	s podporou	<input type="checkbox"/>	neorientuji se
		časem	<input type="checkbox"/>	plně	<input type="checkbox"/>	s podporou	<input type="checkbox"/>	neorientuji se
		místem	<input type="checkbox"/>	plně	<input type="checkbox"/>	s podporou	<input type="checkbox"/>	neorientuji se
		situací	<input type="checkbox"/>	plně	<input type="checkbox"/>	s podporou	<input type="checkbox"/>	neorientuji se
sluch	<input type="checkbox"/>	normální						
	<input type="checkbox"/>	nedoslýchám						
	<input type="checkbox"/>	neslyšící						užívané kompenzační pomůcky (např. naslouchátko):
zrak	<input type="checkbox"/>	normální						
	<input type="checkbox"/>	zhoršené vidění						užívané kompenzační pomůcky (např. brýle):
	<input type="checkbox"/>	nevidomý/á						
spánek	<input type="checkbox"/>	bez potíží						
	<input type="checkbox"/>	s léky na spaní						
	<input type="checkbox"/>	často se probouzím						
	<input type="checkbox"/>	mám noční neklid						
užívání léků	<input type="checkbox"/>	samostatně bez pomoci						
	<input type="checkbox"/>	s pomocí						
	<input type="checkbox"/>	neprovedu						
hygiena	<input type="checkbox"/>	samostatně bez pomoci						
	<input type="checkbox"/>	s pomocí						
	<input type="checkbox"/>	neprovedu						
inkontinence	moči	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	občas	<input type="checkbox"/>	trvale	
	stolice	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	občas	<input type="checkbox"/>	trvale	

Denní režim a spánek

V kolik hodin vstávám:

Jak trávím den:

V kolik hodin chodím spát:

IV. Praktický lékař, u kterého jste evidován:

Jméno a příjmení	
Telefon	
Adresa (ulice, č. p., PSČ)	

Další odborní lékaři, které navštěvujete (např. kardiolog, diabetolog,..)

	datum poslední kontroly	datum plánované kontroly
<input type="checkbox"/> diabetolog		
<input type="checkbox"/> kardiolog		
<input type="checkbox"/> psychiatr		
<input type="checkbox"/> endokrinolog		
<input type="checkbox"/> onkolog		
<input type="checkbox"/> jiná odbornost:		

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a beru na vědomí, že nepravdivé údaje mohou mít za následek neposkytnutí požadované služby, případně ukončení již poskytované služby, které se tato žádost týká. V případě, že dojde ke změně zde uvedených údajů, budu neprodleně informovat sociálního pracovníka Domova.

Svým podpisem dávám souhlas poskytovateli služby ke zjišťování, zpracovávání, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých osobních údajů v rozsahu potřebném pro další jednání o poskytnutí sociální služby a případné poskytování sociální služby, a to až do doby jejich skartace.

.....
datum

.....
podpis žadatele

.....
podpis hlavní kontaktní osoby

2. ČÁST ŽÁDOSTI - ZDRAVOTNÍ ÚDAJE (vyplní lékař žadatele)

Domov Sue Ryder, z.ú., Michelská 1/7, 140 00 Praha 4

Osobní údaje žadatele o službu

Jméno, příjmení, titul žadatele:		
Datum narození:		

SDĚLENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE ŽADATELE**Hlavní diagnóza:**

--

Vedlejší diagnózy:

--

Alergie:

--

Užívané léky

Název	Dávkování	Název	Dávkování

Mentální stav

<input type="checkbox"/>	dobrá	Projevy:	
<input type="checkbox"/>	demence lehká	<input type="checkbox"/>	porucha exekutivních funkcí (úsudek, vůle)
<input type="checkbox"/>	demence střední	<input type="checkbox"/>	porucha kognitivních funkcí (paměť, orientace)
<input type="checkbox"/>	demence těžká	<input type="checkbox"/>	agrese, neklid, bloudění
MMSE (počet bodů):		<input type="checkbox"/>	jiné:

Informace o očkování

	datum posledního očkování	typ vakcíny
<input type="checkbox"/>	chřipka	
<input type="checkbox"/>	pneumokok	
<input type="checkbox"/>	tetanus	
<input type="checkbox"/>	žloutenka	

Inkontinence	<input type="checkbox"/>	moči	<input type="checkbox"/>	stolice		
SKP stupeň inkontinence	<input type="checkbox"/>	1.	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	3.
Předepisované inkontinenční pomůcky:						
denní:						
noční						
datum posledního předpisu:						

Kožní defekty

	lokalizace
<input type="checkbox"/>	dekubity
<input type="checkbox"/>	bércové vředy
<input type="checkbox"/>	jiné rány
<input type="checkbox"/>	kožní alergie, ekzémy

Dieta

Předepsaná dieta:	
Potíže s polykáním:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Jiná omezení:	
<input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SIPPING

Další zvláštní upozornění pro ošetřující personál Domova (zejména sdělení o případné pozitivě u chronických hepatitid, pozitivní nálezy na MRSA, eventuálně jiný závažný nález nebo jiná specifika pro poskytování zdravotní péče):

Kontraindikace přijetí podle § 36 vyhlášky 505/2006 Sb. ustanovené podle §119 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- a) pokud zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, akutní TBC, akutní pohlavní choroby, akutní infekční a parazitární choroby,
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

Doporučuji využívání sociální služby domova pro seniory, v případě potřeby budu konzultovat zdravotní stav pacienta a spolupracovat se zdravotnickým personálem domova při zajištění poskytování zdravotní péče.

.....
datum

.....
jméno lékaře a telefon

.....
razítko zařízení