

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)					
Rodné příjmení					
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 (14800Kč)	<input type="checkbox"/> Nepobírám příspěvek na péči
<input type="checkbox"/> II. Stupeň (4900 Kč)	<input type="checkbox"/> IV. Stupeň (23000/27000Kč)	<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

Uveďte, 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?			
<input type="checkbox"/>		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,
pokud jste v zařízení?

ano 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 type="checkbox"/>	chůze s pomocí	<input type="checkbox"/>	hůl, berle		
			<input type="checkbox"/>	chodítko		
			<input type="checkbox"/>	druhá osoba		
	<input type="checkbox"/>	vozik				
	<input type="checkbox"/>	trvale upoután na lůžko				
	<input type="checkbox"/>	nebezpečí pádu	<input type="checkbox"/>	občas		
			<input type="checkbox"/>	často		
	<input 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	časem:			poznámka		
	Ví, který je rok a měsíc:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Ví, který je den v týdnu:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Ví, zda je dopoledne, odpoledne nebo večer:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	prostorem:			poznámka		
	Orientuje se ve známém prostředí:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Orientuje se v neznámém prostředí:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Ztratil/a se někdy:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Má tendenci odcházet z domova/zařízení:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Dává věci na nesprávná místa:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	osobou/situací:			poznámka		
	Poznává blízké rodinné příslušníky:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Rozumí a dokáže předat zprávy z TV/rozhlasu:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Sám se domluví se svým prakt. lékařem:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Zná svůj zdravotní stav:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Má reálný odhad svých rozumových schopností:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Má reálný odhad svých fyzických schopností:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	
	Oblékne se adekvátně počasí:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	

	Reaguje adekvátně na otázky:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne		
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 <input type="checkbox"/> nevidomý/á	užívané kompenzační pomůcky (např. brýle):					
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"/> dobrý	Projevy:	<input type="checkbox"/> porucha exekutivních funkcí (úsudek, vůle)
<input type="checkbox"/> demence lehká		<input type="checkbox"/> porucha kognitivních funkcí (paměť, orientace)
<input type="checkbox"/> demence střední		<input type="checkbox"/> agrese, neklid, bloudění
<input type="checkbox"/> demence těžká		<input type="checkbox"/> jiné:
MMSE (počet bodů):		

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"/> bérčové 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"/> SIPPING

Další zvláštní upozornění pro ošetřující personál Domova (zejména sdělení o případné pozitivitě 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