

CENTRUM NA VERANDĚ BEROUN, z. ú.

Domov pro seniory

Telefon: 734 367 659, 603 455 807

E-mail: socialni@cnaverande.cz

Bankovní spojení: ČSOB, č. ú. 265970491/0300

Adresa: Wagnerovo nám. 1541, 266 01 Beroun

IČO: 031 87 276

Žádost o poskytnutí sociální služby Odlehčovací služba (§44 z. č. 108/2006 Sb.)

1. Údaje o žadateli

Rodné číslo žadatele		Došlo dne	
Číslo obč. průkazu			
Jméno		Rodné příjmení	
Příjmení			
Den, měsíc, rok narození		Místo a okres nar.	
Trvalé bydliště (obec/město, ulice, č. p., PSČ, kraj)			Telefon
Místo pobytu v době podání			
Státní příslušnost		Rodinný stav	
Životní povolání			
Osobní záliby žadatele			
Zdravotní pojišťovna			
Druh přiznaného důchodu			
Výše důchodu			
Příspěvek na péči (stupeň)		Pokud není přiznán příspěvek na péči, datum podání žádosti	

v příloze doložte kopii ROZHODNUTÍ O VÝŠI PŘIZNANÉHO PŘÍSPĚVKU NA PÉČI a kopii DŮCHODOVÉHO VÝMĚRU ZA AKTUÁLNÍ ROK

Zákonný zástupce žadatele, je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům

Jméno a příjmení		Telefon	
------------------	--	---------	--

Adresa			
--------	--	--	--

Rozsudek soudu – uveďte sídlo soudu a datum rozsudku			
--	--	--	--

v příloze doložte usnesení soudu a LIST O USTANOVENÍ OPATROVNÍKA

Důvod podání žádosti, tj. proč bych chtěl(a), aby mi byly poskytovány služby v domově pro seniory, co očekávám od poskytované služby, moje osobní cíle a představy			
Využíval nebo využívá žadatel jiné sociální služby? (např. pečovatelskou službu atd.)			
Uveďte, odkud jste se dozvěděl/a o našem domově			
a) Zdravotní zařízení		d) Internet	
b) Jiný domov pro seniory, domov s pečovatelskou službou		e) Rodina/přátelé	
c) Leták		f) Jiné:	
2. Kontaktní osoba, které má být podána zpráva v případě hospitalizace, vážného onemocnění, jiné vážné události nebo úmrtí žadatele a která bude po dobu pobytu žadatele dostupná a zavazuje se ke spolupráci s personálem			
Jméno a příjmení		Telefon	
Datum narození		E-mail	
Adresa		Vztah k žadateli	
3. Údaje o rodině žadatele – děti, sourozenci, popř. jiné osoby důležité pro žadatele			
Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr	Bydliště vč. PSČ	Telefon, e-mail
4. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)			
<p>Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě a jsem si vědom(a) případných následků, které by mohly uvedením nepravdivých údajů nebo zatajením údajů vzniknout. V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji také souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů souvisejících s poskytováním sociální služby až do doby jejich skartace.</p>			
Datum a vlastnoruční podpis žadatele (zákonného zástupce žadatele)			

**Posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí
pobytové sociální služby Domov pro seniory
(§91, odst. 4 , z. č. 108/2006 Sb.)**

Jméno, příjmení, rodné příjmení

Rodné číslo

Bydliště

1. Anamnéza (rodinná, osobní)

2. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis)

3. Diagnóza (česky)

4. Duševní stav (projevy narušující soužití v kolektivu)

5. Lékaři, u kterých je žadatel léčen

Praktický lékař:

Ostatní lékaři:

6. Je-li žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění, uveďte jaké

7. Je žadatel očkovan?

TAT

ANO / NE

Datum

PNEUMO

ANO / NE

Datum

CHŘÍPKA

ANO / NE

Datum

Další:

8. Je zjištěn návyk na alkohol nebo jiné návykové látky?**9. Trpí žadatel poruchami orientace? (místem, časem, osobou)****10. Je žadatel agresivní? Převládá u něj noční aktivita?****11. Potřebuje žadatel zvláštní péči, jakou?****12. Další údaje?**

Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci?

ANO

NE

Je žadatel trvale upoután na lůžko?

ANO

NE

Je žadatel schopen se sám obsloužit?

ANO

NE

Je žadatel inkontinentní?

ANO

NE

Uveďte všechny kompenzační pomůcky, které žadatel používá:

13. Datum poskytování odlehčovací služby

Od:

Do:

14. Jiné údaje

Datum, razítko a podpis lékaře