NADĚJE, POBOČKA ZLÍN

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

DENNÍ STACIONÁŘ PRO OSOBY S DEMENCÍ

NADĚJE, pobočka Zlín

Voženílkova 5563, 760 05 Zlín

Telefon: 603 281 676

|  |
| --- |
| **1**. **Jméno a příjmení žadatele:** Titul: |
| Rodné příjmení: |
| Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ): |
| Telefon: |
| Adresa nynějšího pobytu žadatele: |
| Datum a místo narození: |
| Státní příslušnost: |

|  |
| --- |
| **2**. **Kontaktní osoba** (rodinný příslušník, jiná blízká osoba žadatele), na kterou je možné se obrátit v případě nutnosti: |
| Jméno a příjmení:……………………………………………………………………...............................................Adresa:……………………………………………………………………………….................................................Vztah k žadateli:………………………………………………………………………………………………………….Telefonní kontakt:………………………………………………………………………………………………………..E-mail: ………………………………………………………………….................................................................. |

|  |
| --- |
| **3**. **Další kontaktní osoby:** |
| Jméno a příjmení | Příbuzenský vztah k žadateli | Adresa, telefon |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4**. **Důvody žádosti** (stručně můžete popsat, co Vás vede k podání žádosti): |

|  |
| --- |
| **6.** **Opatrovník** (je-li ustanoven): |
|  |

|  |
| --- |
| **7**. **Jaká jsou Vaše očekávání od služby denního stacionáře** (stručně můžete popsat, co od naší služby očekáváte, co potřebujete, co si přejete, např. nabídka volnočasových aktivit…): Ve…………………. dne………………… ………………………………………….. podpis žadatele, opatrovníka |

|  |
| --- |
| **8.** **Žádost o poskytování sociálních služeb byla podána** (vyplňuje pracovník):………………………………….. …………………………………. datum podpis |
| **Příloha:** Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální službu |

**ŽADATELŮM O SLUŽBU DENNÍHO STACIONÁŘE A JEJICH PŘÍBUZNÝM DOPORUČUJEME VYUŽÍT PORADENSTVÍ PRO LIDI S DEMENCÍ. VÍCE INFORMACÍ NA TEL. 575 758 131, 775 889 644 A NA WWW.ALZHEIMERZLIN.CZ.**

 **Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
 o poskytování sociální služby denního stacionáře pro osoby s demencí**

NADĚJE, pobočka Zlín – denní stacionář

Voženílkova 5563, 760 05 Zlín

|  |
| --- |
| **1. Žadatel**:……………………………………………………………………….……..…….. příjmení, jméno Narozen:……………………………………………………………………………………. den, měsíc, rok Bydliště…………………………………………………………………………….….…… město, ulice, číslo popisné |
| **2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní): |
| **3. Objektivní nález** (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis): |
| **4. Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití): |
| **5. Diagnóza** (česky) Číslo diagnózy podle MKN:1. hlavní

 1. ostatní choroby nebo chorobné stavy
 |
| **6.** **Je schopen chůze bez cizí pomoci** ano - ne - s dopomocí )\* **Je upoután na lůžko:** ano - ne \*) **Je schopen sám sebe obsloužit:**  ano - ne - částečně \*) **Je v čase, prostoru a vlastní osobou orientován:** ano - ne - částečně \*)  **Inkontinence:** ne  občas  v noci trvale  **Potřebuje ošetřovatelskou péči:** trvale  občas  Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ – např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. \*)  **Potřebuje zvláštní péči** - jakou: **7.** **Další speciální údaje, např.:** - psychiatrické onemocnění  - abusus alkoholu - TBC - HbSAg |
| **8. Jiné údaje:**Dne:  ……………………………. …..………………………. razítko ZZ podpis vyšetřujícího lékaře |

\*) nehodící se škrtněte