



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:

a) hlavní

b) 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 ošetrovatelskou 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