

NADĚJE, POBOČKA ZLÍN

Dům pokojného stáří

Žádost o poskytování sociální služby

DOMOV PRO SENIORY / DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM \*)

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05, Zlín

tel.: 575 758 131, mobil 778 474 741

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

|  |
| --- |
| Státní příslušnost: |
| Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiné osoby: |

|  |
| --- |
| **2**. **Kontaktní osoba**  (rodinný příslušník, jiná blízká osoba žadatele), která má být informována o stavu žadatele, bude-li do zařízení přijat: |
| Jméno a příjmení: …………………………………………………………………….........................................  Adresa: ………………………………………………………………………………...........................................  Vztah k žadateli: ……………………………………………………………………………………………………..  Telefonní kontakt: ……………………………………………………………………………………………………  E-mail: …………………………………………………………………............................................................. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Rodina**  (manželka, rodiče, děti, vnuci, ostatní příbuzní): | | |
| Jméno a příjmení | Příbuzenský vztah  k žadateli | Adresa, telefon |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **4**. **Důvody žádosti**  *(stručně můžete popsat, co Vás vede k podání žádosti, např. zhoršení zdravotního stavu…)*: | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **5. Stupeň naléhavosti umístění** \*): |
| Nástup ihned nebo do ½ roku Do roka Do dvou let Do dvou a více let |

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

|  |
| --- |
| **7**. **Jaká jsou očekávání od zařízení sociálních služeb** *(stručně můžete popsat, co od naší služby očekáváte, co potřebujete, co si přejete, např. zajištění 24h péče, nabídka volnočasových aktivit…)*:  Ve……………………. dne…………………  ……………………………..  Podpis žadatele / opatrovníka |
| **8.** **Žádost o poskytování sociálních služeb byla podána**  *(vyplňuje pracovník domova)*:  ………………………………….. ………………………………….  datum podpis |
| **Příloha:** Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální službu |

\*) nehodící se škrtněte

**ŽADATELŮM O SLUŽBU DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM 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 sociálních služeb   
domova pro seniory / domova se zvláštním režimem \*)**

NADĚJE, pobočka Zlín

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05 Zlín

|  |
| --- |
| **1. Žadatel**:……………………………………………………………………….……..……..  příjmení a 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 \*)  **Jestliže je upoután na lůžko, tak**: PŘEVÁŽNĚ - ČÁSTEČNĚ )\*  **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, resp. 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