

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	☐ ano	☐ 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):		
☐ I. stupeň (1300 Kč)	☐ III. Stupeň (14800Kč)	☐ Nepobírám příspěvek na péči
☐ II. Stupeň (5400 Kč)	☐ IV. Stupeň (23000/27000Kč)	☐ 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

Uved'te, jak nyní bydlíte	Bytové podmínky
☐ s rodinou / blízkým ☐ s rodinou/ blízkým, ale nemohou zajistit péči ☐ sám, ale blízký zajišťuje péči ☐ sám, ale blízký nemůže zajišťovat péči ☐ sám, blízcí žijí v jiném městě ☐ sám, blízcí žijí v zahraničí ☐ sám, bezdětný	☐ vyhovující podmínky ☐ vyšší patro bez výtahu ☐ do bytu / domu vedou schody ☐ v bytě jsou bariéry (prahy, vana apod.)

Kdo Vám zajišťoval potřebnou péči?		
☐ zatím nepotřebuji	období	název zařízení

☐	rodina		
☐	denní stacionář		
☐	terénní služba (os. asistence / peč. služba)		
☐	LDN		
☐	nemocnice		
☐	odlehčovací služba		
☐	domov pro seniory		
☐	domov se zvláštním režimem		
☐	jiné:		

**Existuje možnost návratu do domácího prostředí,
pokud jste v zařízení?**

☐ ano ☐ ne

Pokud návrat není možný, z jakého důvodu?	☐	sociální izolace
	☐	zdravotní stav
	☐	potřeba zajištění péče
	☐	blízcí nemohou pečovat
	☐	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	☐	samostatně bez pomoci
	☐	s pomocí
	☐	neprovedu
oblékání	☐	samostatně bez pomoci
	☐	s pomocí
	☐	neprovedu

pohyb	☐	chůze bez pomoci			
	☐	chůze s pomocí	☐	hůl, berle	
			☐	chodítko	
			☐	druhá osoba	
	☐	vozík			
	☐	trvale upoután na lůžko			
	☐	nebezpečí pádu	☐	občas	
			☐	často	
	☐	posazení	☐	samostatně	
			☐	vydržím sedět bez opory	
			☐	vydržím sedět s oporou	
			☐	nelze	
komunikace	☐	mluvím zřetelně			
	☐	mluvím s obtížemi			
	☐	porucha řeči (např. afázie)			
orientace	časem:			poznámka	
	Ví, který je rok a měsíc:	☐	ano	☐	ne
	Ví, který je den v týdnu:	☐	ano	☐	ne
	Ví, zda je dopoledne, odpoledne nebo večer:	☐	ano	☐	ne
	prostorem:			poznámka	
	Orientuje se ve známém prostředí:	☐	ano	☐	ne
	Orientuje se v neznámém prostředí:	☐	ano	☐	ne
	Ztratil/a se někdy:	☐	ano	☐	ne
	Má tendenci odcházet z domova/zařízení:	☐	ano	☐	ne
	Dává věci na nesprávná místa:	☐	ano	☐	ne
	osobou/situací:			poznámka	
	Poznává blízké rodinné příslušníky:	☐	ano	☐	ne
	Rozumí a dokáže předat zprávy z TV/rozhlasu:	☐	ano	☐	ne
	Sám se domluví se svým prakt. lékařem:	☐	ano	☐	ne
	Zná svůj zdravotní stav:	☐	ano	☐	ne
	Má reálný odhad svých rozumových schopností:	☐	ano	☐	ne
	Má reálný odhad svých fyzických schopností:	☐	ano	☐	ne
	Oblékne se adekvátně počasí:	☐	ano	☐	ne
	Reaguje adekvátně na otázky:	☐	ano	☐	ne
	sluch	☐	normální	užívané kompenzační pomůcky (např.	

	☐ nedoslýchám ☐ neslyšící	naslouchátko):		
zrak	☐ normální ☐ zhoršené vidění ☐ nevidomý/á	užívané kompenzační pomůcky (např. brýle):		
spánek	☐ bez potíží ☐ s léky na spaní ☐ často se probouzím ☐ mám noční neklid			
užívání léků	☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ neprovedu			
hygiena	☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ neprovedu			
inkontinence	moči	☐ ne	☐ občas	☐ trvale
	stolice	☐ ne	☐ občas	☐ 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
☐ diabetolog		
☐ kardiolog		
☐ psychiatr		
☐ endokrinolog		
☐ onkolog		
☐ jiná odbornost:		

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a беру 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

☐ dobrý	Projevy:
☐ demence lehká	☐ porucha exekutivních funkcí (úsudek, vůle)
☐ demence střední	☐ porucha kognitivních funkcí (paměť, orientace)
☐ demence těžká	☐ agrese, neklid, bloudění
MMSE (počet bodů):	☐ jiné:

Informace o očkování

	datum posledního očkování	typ vakcíny
☐ chřipka		
☐ pneumokok		
☐ tetanus		
☐ žloutenka		

Inkontinence	☐ moči	☐ stolice
SKP stupeň inkontinence	☐ 1.	☐ 2. ☐ 3.
Předepisované inkontinenční pomůcky:		
denní:		
noční		
datum posledního předpisu:		

Kožní defekty

	lokalizace
☐ dekubity	
☐ bércové vředy	
☐ jiné rány	
☐ kožní alergie, ekzémy	

Dieta

Předepsaná dieta:	
Potíže s polykáním:	☐ ano ☐ ne
Jiná omezení:	
☐ PEG	☐ SIPPING

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