**ŽÁDOST**

**o ubytování a poskytnutí sociálních služeb**

**Domov pro seniory **

**Domov se zvláštním režimem **

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum zavedení žádosti do evidence | Evidenční číslo žádosti | Razítko a podpis sociální pracovnice |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Žadatel/ka jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Trvalé bydliště: |  |
| Aktuální bydliště: |  |
| Kontaktní telefon: |  |
| Příspěvek na péči:(zakroužkujte) | I. stupeň | II. stupeň | III. stupeň | IV. stupeň | bez příspěvku | zažádáno |

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE** (je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům)

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Bydliště: |  |
| Datum rozhodnutí soudu: |  | Číslo jednací: |  |

**KONTAKT NA OSOBU BLÍZKOU**

|  |  |
| --- | --- |
|  Jméno a příjmení: |  |
| Poměr k žadateli: |  |
| Bydliště: |  |
| Telefonní číslo: |  | E –mail: |  |

**Popište svoji nynější situaci** (zdraví, soběstačnost, kdo vám nyní pomáhá, využíváte pečovatelskou službu, máte nějaké překážky v bydlení s ohledem na váš zdravotní stav nebo soběstačnost, časté hospitalizace a pobyty v LDN, osamělost apod.)

|  |
| --- |
|  |

**S čím potřebujete pomoci, jaké služby potřebujete od domova zajistit, jaké máte požadavky a cíle? Jaké zlepšení svojí situace očekáváte?**

|  |
| --- |
|  |

**PRO POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY V DOMĚ POKOJNÉHO STÁŘÍ SVATÉ LUDMILY JE NUTNÉ MÍT ZŘÍZENÝ BANKOVNÍ ÚČET, NEBOŤ PLATBY V DOMOVĚ PROBÍHAJÍ BEZHOTOVOSTNĚ.**

……………………………. ………………………………..

**Datum vyplnění žádosti Podpis žadatele (zákonného zástupce)**

**Přílohy k žádosti:** Vyjádření lékaře o aktuálním zdravotním stavu žadatele



**Vyjádření lékaře**

**o zdravotním stavu žadatele, který žádá o poskytování**

**pobytové sociální služby**

Zájemce je povinen před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu.

**Žadatel/ka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště: |  |

|  |
| --- |
| **Anamnéza (osobní, pracovní)** |
| **Objektivní nález**  |
|  **Diagnóza** |
| **Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)** |

|  |
| --- |
| **Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti (konkrétní projevy diagnóz na funkční stav):** |
| **Potřeba specializované péče** (výčet specializovaných zdravotnických pracovišť, které žadatel navštěvuje)Psychiatrie/ diabetologie/ plicní/ neurologie/ kardiologie/ nutričníJiné: |
| **Inkontinence stolice:** ANO –NE**Inkontinence moči:** ANO -NE |
| **Doporučení k poskytování služby na oddělení se zvláštním režimem**(oddělení s režimem přizpůsobeným specifickým potřebám klientů trpících stařeckou, Alzheimerovou demencí či ostatními typy demencí, zabezpečující ochranu (vyšší míra dohledu) před vznikem možných rizik (riziko bloudění, ztráty orientace v prostoru, omezení rizika pádu, ublížení si na zdraví): ANO-NE |
| **Alergie:** |
| **Doplňující informace:** |
|  |
| **Datum:** | **Razítko a podpis ošetřujícího lékaře:** |