**ŽÁDOST O ODLEHČOVACÍ POBYT**

**Sociální služby Běchovice, z.ú. - CENTRUM KRÁTKODOBÉ PÉČE**

Za Poštovskou zahradou 557, Praha – Běchovice, 190 11

**(bez řádně vyplněné kompletní žádost nelze zahájit poskytování služby)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZÁJEMCE O SLUŽBU**  (Uživatel) | |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Kontaktní telefon:** |  |
| **Adresa trvalého bydliště a PSČ:** |  |
| **Opatrovník:** | Ano Ne Zažádáno |
| **Jméno a příjmení opatrovníka:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KONTAKTNÍ OSOBA, KTERÁ VYŘIZUJE ŽÁDOST**  (Objednatel) | |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Kontaktní telefon:** |  |
| **Adresa trvalého bydliště a PSČ:** |  |
| **Vztah k zájemci o službu:** |  |
| **Emailová adresa:** |  |

**Požadovaný termín odlehčovacího pobytu:** od:       do:

**Stručné odůvodnění žádosti:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Druh důchodu a jeho výše:** | starobní invalidní výše: |
| **Příspěvek na péči:** | ano ne zažádáno |
| **Stupeň příspěvku na péči:** | Ι. ΙΙ. ΙΙΙ. ΙV. |

**Povinností zájemce o službu (v případě pobírání příspěvku na péči a zahájení služby) je oznámit do 8 dnů na ÚP změnu poskytovatele:**

Žádám, aby při zahájení pobytu, informace týkající se uživatele a příspěvku na péči, byly sociální pracovnicí organizace zaslány na příslušný úřad práce jako Oznámení o poskytovateli pomoci.

Krajská pobočka ÚP (kontaktní pracoviště):……………………………………………………………….

Adresa:……………………………………………………………………………………………………………………….

**Spolupráce druhých osob při péči (osoba blízká, rehabilitační pracovník, zdravotní sestra):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení** | **Kontakt** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **OSOBNÍ DOTAZNÍK**  (vyhovující zaškrtněte) |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACE O FYZICKÉM STAVU** |  |
| **Pohyb:** | bez podpory  s verbální podporou/dohled  s částečnou fyzickou podporou  s úplnou fyzickou podporou |
| **Užívání kompenzačních pomůcek při pohybu:** | chodítko hůl francouzské hole  invalidní vozík jiné: |
| **MÍRA SOBĚSTAČNOSTI A POMOCI** |  |
| **Oblékání/svlékání:** | bez podpory  s verbální podporou/dohled  s částečnou fyzickou podporou  s úplnou fyzickou podporou |
| **Způsob stravování:** | bez podpory  s verbální podporou/dohled  s částečnou fyzickou podporou  s úplnou fyzickou podporou |

|  |  |
| --- | --- |
| **Způsob přijímání tekutin:** | bez podpory  s verbální podporou/dohled  s částečnou fyzickou podporou  s úplnou fyzickou podporou |

|  |  |
| --- | --- |
| **Péče o osobní hygienu:** | bez podpory  s verbální podporou/dohled  s částečnou fyzickou podporou  s úplnou fyzickou podporou |
| **Toaleta:** | běžné WC  toaletní křeslo  bez podpory  s verbální podporou/dohled  s částečnou fyzickou podporou  s úplnou fyzickou podporou |
| **Inkontinenční pomůcky:** | inkontinenční kalhotky  pleny  podložky  inkontinenční vložky |
| **Výměna inkontinenčních pomůcek:** | bez podpory  s verbální podporou/dohled  s částečnou fyzickou podporou  s úplnou fyzickou podporou |

|  |
| --- |
| **Zdravotní dotazník k žádosti o odlehčovací pobyt**  (Vyhovující zaškrtněte / případně doplňte) |

**Zdravotní pojišťovna uživatele:**

VZP(111)  OZP(207)  ZPMV(211)  VOZP(201)

CZPZ(205)  RBP(213)  ZPS(209)

**Alergie:**

**Dietní opatření:**

**Tělesná váha uživatele:**  40 až 60 kg  61 až 80 kg  81 až 100 kg jiná

**Kognice, orientace uživatele:**

Orientace místem:  Ano NE

Orientace časem:  Ano  NE

Orientace osobou:  Ano  NE

**Smyslové a komunikační vady uživatele:**

Vada zraku:  Ano NE

Vada sluchu  Ano NE

Vada řeči  Ano NE

**Poruchy intelektu (demence):**

Ano (prosíme o popis projevů) NE

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Může být uživatel agresivní?**  Ano NE

**Převládá u uživatele noční aktivita?**  Ano NE

**Trpí uživatel infekční chorobou?** (popis)  Ano NE

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Dekubity, bércové vředy, jiná poranění (popis, lokalizace, způsob ošetření):**

Ano NE

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Trpí uživatel jinými závažnými zdravotními komplikacemi? (např.: vysoký krevní tlak, nízký krevní tlak, závratě, dušnost apod.)**

Ano NE

………………………………………………………………………………………………………………

**Důvodem pro nevyhovění žádosti ze zákona může být:**

Dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., se poskytnutí pobytové sociální služby vylučuje, jestliže:

a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,

b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo

c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití;

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Soupis a dávkování léků** | | | | | | |
| **Jméno a příjmení uživatele:** | | | | **Zdr. pojišt'ovna:** | | |
| **Ošetřující lékař MUDr.:** | | | | **Tel.č. lékaře:** | | |
| **Odborný lékař MUDr.:** | | | | **Tel.č. lékaře:** | | |
| **Objednávání léků:** klient sám rodina (kontaktní osoba) | | | | | | |
| **Přípravu léků do dávkovačů zajistí:** klientsám rodina (kontaktní osoba) | | | | | | |
| **Název léku** | ráno | poledne | večer | noc | poznámky | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | |
| **Datum:**  **Podpis uživatele, kontaktní osoby, případně razítko ošetřujícího lékaře potvrzující pravdivost zapsaných údajů:** | | | | | |
|  | | | | | |

**Uživatel potvrzuje, že:** (vyhovující zaškrtněte)

veškeré léky bude mít na pokoji se svými osobními věcmi a bude léky užívat bez dohledu pečujícího personálu

léky budou uloženy uživatelem, rodinou v dávkovačích léků organizace, a budou uloženy v uzamykatelných prostorách zázemí personálu a uživatel je bude užívat pod dohledem

Pro řádné užívání léků pod dohledem pečujícího personálu, je nezbytně nutné používat výhradně dávkovače léků zapůjčených od organizace. Včasné zajištění přípravy léků do dávkovačů, a jejich dostatečné množství, je povinností uživatele, rodinných příslušníků.

**Individuální průběh dne uživatele (prosíme vypište všechny zvyky, rituály, návyky, činnosti apod.)**

**Ráno** (vstávání, hygiena, toaleta, oblékání apod.):

**Dopoledne** (činnost během dopoledne):

**Poledne** (oběd, káva, čaj, pivo apod.):

**Odpoledne** (činnosti během odpoledne):

**Večer** (večerní aktivity, hygiena, sledování TV, příprava ke spánku…):

**V noci** (spánek, vstávání na toaletu, noční čtení apod.):

**Potvrzuji, že (můj) zdravotní stav uživatele nevyžaduje trvalou lékařskou péči.**

Při započetí poskytování služby obdrží Uživatel čip ke vstupu do budov, klíč k trezoru ve skříni na pokoji a náramek s tlačítkem pro přivolání si personálu. Tyto věci jsou po dobu pobytu v držení Uživatele, který zároveň ručí za jejich řádné navrácení. V případě ztráty či poškození se účtuje náhrada organizaci ve výši:

Čip: 250,- Kč

Klíč od trezoru: 250,- Kč

Tlačítko pro přivolání personálu: 2000,- Kč

Datum:…………………………

Podpis uživatele:……………………………………………………….

Podpis objednatele:…………………………………………………..