

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:	☐ I.	☐ II.	☐ III. ☐ IV.

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 pracovníci 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. pojišť'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: ☐ klient sám ☐ 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 vyplňte 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:.....