

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	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Kontaktní telefon:	
Adresa trvalého bydliště a PSČ:	
Opatrovník:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Zažádáno
Jméno a příjmení opatrovníka:	

KONTAKTNÍ OSOBA, KTERÁ VYŘIZUJE ŽÁDOST	
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:	<input type="checkbox"/> starobní <input type="checkbox"/> invalidní výše:
----------------------------------	---

Příspěvek na péči:	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> zažádáno
Stupeň příspěvku na péči:	<input type="checkbox"/> I.	<input type="checkbox"/> II.	<input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> 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 žadatele 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:	<input type="checkbox"/> bez podpory <input type="checkbox"/> s verbální podporou/dohled <input type="checkbox"/> s částečnou fyzickou podporou <input type="checkbox"/> s úplnou fyzickou podporou
Užívání kompenzačních pomůcek při pohybu:	<input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> hůl <input type="checkbox"/> francouzské hole <input type="checkbox"/> invalidní vozík <input type="checkbox"/> jiné:

MÍRA SOBĚSTAČNOSTI A POMOCI

Oblékání/svlékání:	<input type="checkbox"/> bez podpory <input type="checkbox"/> s verbální podporou/dohled <input type="checkbox"/> s částečnou fyzickou podporou <input type="checkbox"/> s úplnou fyzickou podporou
Způsob stravování:	<input type="checkbox"/> bez podpory <input type="checkbox"/> s verbální podporou/dohled <input type="checkbox"/> s částečnou fyzickou podporou <input type="checkbox"/> s úplnou fyzickou podporou
Způsob přijímání tekutin:	<input type="checkbox"/> bez podpory <input type="checkbox"/> s verbální podporou/dohled <input type="checkbox"/> s částečnou fyzickou podporou <input type="checkbox"/> s úplnou fyzickou podporou
Péče o osobní hygienu:	<input type="checkbox"/> bez podpory <input type="checkbox"/> s verbální podporou/dohled <input type="checkbox"/> s částečnou fyzickou podporou <input type="checkbox"/> s úplnou fyzickou podporou

Toaleta:	<input type="checkbox"/> běžné WC <input type="checkbox"/> toaletní křeslo <input type="checkbox"/> bez podpory <input type="checkbox"/> s verbální podporou/dohled <input type="checkbox"/> s částečnou fyzickou podporou <input type="checkbox"/> s úplnou fyzickou podporou
Inkontinenční pomůcky:	<input type="checkbox"/> inkontinenční kalhotky <input type="checkbox"/> pleny <input type="checkbox"/> podložky <input type="checkbox"/> inkontinenční vložky
Výměna inkontinenčních pomůcek:	<input type="checkbox"/> bez podpory <input type="checkbox"/> s verbální podporou/dohled <input type="checkbox"/> s částečnou fyzickou podporou <input type="checkbox"/> s úplnou fyzickou podporou

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

Zdravotní pojišťovna žadatele:

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VZP(111) | <input type="checkbox"/> OZP(207) | <input type="checkbox"/> ZPMV(211) | <input type="checkbox"/> VOZP(201) |
| <input type="checkbox"/> CZPZ(205) | <input type="checkbox"/> RBP(213) | <input type="checkbox"/> ZPS(209) | |

Alergie:**Dietní opatření:**

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

Kognice, orientace žadatele:

- | | | |
|-------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Orientace místem: | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> NE |
| Orientace časem: | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> NE |
| Orientace osobou: | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> NE |

Smyslové a komunikační vady žadatele:

- | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------|
| Vada zraku: | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> NE |
| Vada sluchu | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> NE |
| Vada řeči | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> NE |

Poruchy intelektu (demence):

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano (prosíme o popis projevů) | <input type="checkbox"/> NE |
|--|-----------------------------|

.....
.....

Může být žadatel agresivní?

Ano

NE

Převládá u žadatele noční aktivita?

Ano

NE

Trpí žadatel infekční chorobou? (popis)

Ano

NE

.....

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

Ano

NE

.....

Trpí žadatel 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 žadatele:			Zdr. pojišť'ovna:		
Ošetřující lékař MUDr.:			Tel.č. lékaře:		
Odborný lékař MUDr.:			Tel.č. lékaře:		
Objednávání léků: <input type="checkbox"/> klient sám <input type="checkbox"/> rodina (kontaktní osoba)					
Přípravu léků do dávkovačů zajistí: <input type="checkbox"/> klient sám <input type="checkbox"/> rodina (kontaktní osoba)					
Název léku	ráno	poledne	večer	noc	poznámky
Datum:					
Podpis žadatele, kontaktní osoby, případně razítko ošetřujícího lékaře potvrzující pravdivost zapsaných údajů:					

Lékový režim žadatele služby

Žadatel 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 žadatelem, rodinou v dávkovačích léků organizace, a budou uloženy v uzamykatelných boxech na pokoji / prostorách zázemí personálu a žadatel 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 žadatele, rodinných příslušníků.

Individuální průběh dne žadatele (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.):

Potvrzují, že (můj) zdravotní stav žadatele nevyžaduje trvalou lékařskou péči.

Při započetí poskytování služby obdrží Žadatel (v případě zájmu) na základě předávacího protokolu čip ke vstupu do budov, klíč k trezoru ve skříni na pokoji. Tyto věci jsou po dobu pobytu v držení Žadatele, 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

Ochrana osobních údajů:

Zájemce bere na vědomí, že jeho osobní údaje jsou poskytovatelem služeb v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů v nezbytně nutném rozsahu evidovány a zpracovávány. Podpisem této žádosti dává zájemce souhlas s evidencí a zpracováním těchto osobních údajů.

Datum:.....

Podpis zájemce:.....

Podpis kontaktní osoby:.....

Kontaktní osoba: sociální pracovnice tel. 775 995 878, socialni@cssb.cz