

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:	☐ Ano ☐ Ne ☐ 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:	☐ 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 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:	☐ 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 žadatele:

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ VZP(111) | ☐ OZP(207) | ☐ ZPMV(211) | ☐ VOZP(201) |
| ☐ CZPZ(205) | ☐ RBP(213) | ☐ 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: | ☐ Ano | ☐ NE |
| Orientace časem: | ☐ Ano | ☐ NE |
| Orientace osobou: | ☐ Ano | ☐ NE |

Smyslové a komunikační vady žadatele:

- | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------|
| Vada zraku: | ☐ Ano | ☐ NE |
| Vada sluchu | ☐ Ano | ☐ NE |
| Vada řeči | ☐ Ano | ☐ NE |

Poruchy intelektu (demence):

- | | |
|--|-----------------------------|
| ☐ Ano (prosíme o popis projevů) | ☐ 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;

Stránka 7 z 10

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 bude užívat v rámci zákonných pravidel odlehčovací služby (léky budou připraveny smluvní zdravotní službou výhradně v týdenních dávkovacích léků organizace, a budou uloženy v uzamykatelných boxech na pokoji / prostorách zázemí personálu a žadatel je bude užívat pod dohledem odborného personálu v zákonném rámci organizace a jejích Pravidel.

Individuální průběh dne žadatele (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 žadatele nevyžaduje trvalou lékařskou péči.

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