

Žádost o poskytnutí sociální služby – Odlehčovací služba Boršice

Jméno a příjmení žadatele/lky:			Rodné příjmení žadatelky:		
PSČ + trvalé bydliště:				Telefon:	
Rodné číslo:			Státní občanství:		
Příspěvek na péči:	<input type="radio"/> NENÍ	<input type="radio"/> PODÁNA ŽÁDOST	<input type="radio"/> JE PŘIZNÁN	VE STUPNI: (zakroužkujte)	1 2 3 4
Pokud je žadateli ustanoven opatrovník (ustanoven soudem), uveďte: (přinést originál rozhodnutí)					
Jméno a příjmení:			Telefon:		
			Email:		
Kontaktní osoba (pečující osoba), kterou je možné kontaktovat v případě potřeby:					
Jméno a příjmení:			Příbuzenský vztah:	Telefon:	
Žádám o poskytnutí odlehčovací služby v termínu:			OD:	DO:	

Popis aktuální soběstačnosti žadatele

– zaškrtněte vámi vybranou volbu, případně doplňte

Pohyblivost:	<input type="radio"/> úplná	<input type="radio"/> s kompenzační pomůckou	<input type="radio"/> zcela imobilní klient
Používané pomůcky:			
Orientace:	<input type="radio"/> Plně orientovaný	<input type="radio"/> Částečně	<input type="radio"/> Dezorientovaný
Psychické onemocnění:	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano	Bližší specifikace psychického onemocnění:
Projevy onemocnění:	<input type="radio"/> Hlasité projevy, vykřikování	<input type="radio"/> Bloudění po prostoru	<input type="radio"/> Agresivita vůči ostatním
Komunikace:	<input type="radio"/> Bez omezení	<input type="radio"/> Omezená tímto způsobem:	
Pomoc s hygienou:	<input type="radio"/> Nepotřebuje pomoc	<input type="radio"/> Pomoc v koupelně	<input type="radio"/> Pomoc s hygienou na lůžku

Potřeba pomoci při obsluze vlastní osoby:	<input type="radio"/> Nepotřebuje pomoc	<input type="radio"/> Přesun na lůžko/vozík	<input type="radio"/> Oblékání a svlékání
Potřeba pomoci při osobní hygieně:	<input type="radio"/> Nepotřebuje pomoc	<input type="radio"/> Vysazování na toaletní křeslo	<input type="radio"/> Výměna inkontinentních pomůcek
Potřeba pomoci s jídlem:	<input type="radio"/> Nepotřebuje pomoc	<input type="radio"/> Naporcování stravy	<input type="radio"/> Sycení stravy
Strava:	<input type="radio"/> Normální	<input type="radio"/> Dia strava	<input type="radio"/> Dietní strava

Prohlášení žadatele:

Svým podpisem výslovně souhlasím se zpracováním a uchováním osobních údajů, uvedených v této žádosti, v rozsahu a za účelem uvedeným dále. Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Osobní údaje poskytnuté v této žádosti jsou zpracovávány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů. Tyto údaje jsou poskytnuty za účelem zpracování a vedení žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace. Žadatel bere na vědomí, že do své dokumentace může kdykoliv nahlížet.

Místo a datum podání žádosti:		Vlastnoruční podpis žadatele (případně opatrovníka pokud byl ustanoven soudem)	
--------------------------------------	--	---	--

Informace k Vaší žádosti:

Vyplněnou žádost můžete doručit osobně, poštou nebo naskenovanou na e-mail **nejpozději měsíc před plánovaným nástupem** na odlehčovací službu. Před podáním žádosti **musíte mít termín zarezervovaný** u vedoucí zařízení. **Nástupy** a ukončení na krátkodobý pobyt (max. 3 měsíce) jsou možné **každý den od 13,00 do 16,00 hodin**. Jiný čas nástupu je možné domluvit jen po konzultaci s vedoucí zařízení.

Seznam věcí k pobytu na odlehčovací službě:

- 2x pyžamo
- 2 ručník
- Oblečení na denní nošení
- 3x ponožky
- Hygienické potřeby (šampon, sprchový gel, zubní pasta, kartáček, hřeben, krém, toal. papír, atd.)
- Inkontinentní potřeby (pleny) na celou dobu pobytu
- Léky na celou dobu pobytu v originálním balení – rozpis dávkování léků
- Veškeré oblečení a ručníky musí být řádně podepsané fixou na textil, jinak neručíme za ztrátu oblečení

Veškeré změny konzultujte pouze na níže uvedených kontaktech.

Domov pokojného stáří Boršice

Stoprounská 274

687 09 Boršice

Email: domov.borsice@uhradiste.charita.cz

Vedoucí zařízení:

Mgr. Julie Chovancová

Tel. 602 381 821

Sociální pracovnice:

Bc. Petra Horáková

Tel. 734 266 292

vyjádření lékaře k nástupu na odlehčovací službu

Jméno a příjmení:	Datum narození:	Pojišťovna:
<p>Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,</p> <p>prosíme Vás o Vaše vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele. Protože jsme zařízení, které poskytuje sociální služby, zajímá nás spíše než lékařský pohled na pacienta, sociální charakteristika člověka. Naše zařízení není uzavřené, uživatelé jej mohou volně opouštět, proto Vás prosíme o zvážení, zda je vhodné umístění v našem Domově pro seniory zejména z hlediska bezpečnosti při samostatném, neohlášeném opuštění Domova, vzhledem k míře schopnosti orientace žadatele. Důležité je pro nás také to, zda žadatel nemá takové projevy chování, které by výrazně narušovaly soužití v našem Domově.</p> <p>Děkujeme Vám za ochotu.</p>		
Anamnéza:		
Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy apod.):		
Duševní stav (orientovanost žadatele, projevy narušující soužití v kolektivu apod.):		
Alergie:		
Dohled specializovaného oddělení, lékaře (např. psychiatrie, plicní, diabetologie aj.):		

Medikace: rozpis léků a dávkování

Je zájemce/zájemkyně orientovaný/á?	ano	částečně		ne
Je zájemce/zájemkyně schopen/a chůze?	ano	částečně	ne	
Jaké kompenzační pomůcky žadatel používá?	hole	chodítka	invalidní vozík	jiné:
Sluch	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyšící
Zrak	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý
Má zájemce/zájemkyně potíže v komunikaci?	ano, jaké?		ne	
Strava	dieta, jaká?		normální	
Je schopen/a sebeobsluhy (jídlo, pití)?	ano		ne	
Je zájemce/zájemkyně inkontinentní?	ano	občas	v noci	ne
Nařízení karantény	ano, důvod?		ne	

Vyznačte, prosím, odpovídající varianty.

Z výše uvedených důvodů doporučuji/nedoporučuji* umístění na Odlehčovací službu v Domově v Boršicích.

Datum:

Razítko a podpis lékaře: