DOMOV PRO SENIORY / DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM \*)



NADĚJE, POBOČKA ZLÍN

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05, Zlín

tel.: 575 758 131, mobil 778 474 741

|  |
| --- |
| **1**. **Jméno a příjmení, titul žadatele:** |
| Rodné příjmení: |
| Datum narození a místo: |
| Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ): |
| Telefon: |
| Adresa nynějšího pobytu žadatele: |

|  |
| --- |
| Státní příslušnost: |
| Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiné osoby: |

|  |
| --- |
| **2**. **Kontaktní osoba** (rodinný příslušník, jiná blízká osoba žadatele): |
| Jméno a příjmení:…………………………………………………………………….........................................  Adresa:………………………………………………………………………………...........................................  Vztah k žadateli:……………………………………………………………………………………………………..  Telefonní kontakt:……………………………………………………………………………………………………  E-mail: …………………………………………………………………............................................................. |

|  |
| --- |
| **4**. **Důvody žádosti** *(stručně můžete popsat, co Vás vede k podání žádosti, např. zhoršení zdravotního stavu…)*: |
| **5. Stupeň naléhavosti umístění** (prosím podtrhněte nebo zakroužkujte): |
| Nástup ihned nebo do ½ roku Do roka Do dvou let Do dvou a více let |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.** **Opatrovník** (je-li soudem ustanoven): | |
|  | |
| **7**. **Jaká jsou očekávání od zařízení sociálních služeb** *(stručně můžete popsat, co od naší služby očekáváte, co potřebujete, co si přejete, např. zajištění 24h péče, nabídka volnočasových aktivit…)*:  Beru na vědomí informaci, že NADĚJE zpracovává osobní údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/697 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracování osobních údajů (GDPR). Z této žádosti zjišťuje a zpracovává osobní údaje nezbytné pro účely poskytování sociálních služeb a to po nezbytnou dobu.  Potvrzuji tímto seznámení se s Informací o zpracování osobních údajů žadatelů o sociální službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb pro účel zpracování „Evidence žadatelů o sociální službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb ve webové aplikaci KISSoS sloužící k plánování sociálních služeb na území Zlínského kraje“  Ve……………………. dne…………………  ……………………………..  Podpis žadatele / opatrovníka | |
| **8.** **Žádost o poskytování sociálních služeb byla podána** *(vyplňuje pracovník domova)*:  ………………………………….. ………………………………….  datum podpis | |
| **Příloha:** Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální službu | |

\*) nehodící se škrtněte

**ŽADATELŮM O SLUŽBU DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM A JEJICH PŘÍBUZNÝM DOPORUČUJEME VYUŽÍT PORADENSTVÍ PRO LIDI S DEMENCÍ. VÍCE INFORMACÍ NA TEL. 575 758 131, 775 889 644 A NA WWW.ALZHEIMERZLIN.CZ**

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele   
o poskytování sociálních služeb   
domova pro seniory / domova se zvláštním režimem \*)**

NADĚJE, pobočka Zlín

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05 Zlín

|  |
| --- |
| **1. Žadatel**:……………………………………………………………………….……..……..  příjmení a jméno  Narozen:…………………………………………………………………………………….  den, měsíc, rok  Bydliště…………………………………………………………………………….….……  město, ulice, číslo popisné |
| **2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní): |
| **3. Objektivní nález** (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis): |
| **4. Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití): |
| **5. Diagnóza** (česky) Číslo diagnózy podle MKN:   1. hlavní      1. ostatní choroby nebo chorobné stavy |
| **6.** **Je schopen chůze bez cizí pomoci** ano - ne - s dopomocí )\*  **Je upoután na lůžko:** ano - ne \*)  **Jestliže je upoután na lůžko, tak**: PŘEVÁŽNĚ - ČÁSTEČNĚ )\*  **Je schopen sám sebe obsloužit:** ano - ne - částečně \*)  **Je v čase, prostoru a vlastní osobou orientován**: ano - ne - částečně \*)  **Inkontinence:** ne \*)  občas  v noci  trvale  **Potřebuje ošetřovatelskou péči:** trvale občas \*)    Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ – např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. \*)    Potřebuje zvláštní péči - jakou:  **7.** **Další speciální údaje, např.:**  - psychiatrické onemocnění  - abusus alkoholu  - TBC  - HbSAg |
| **8. Jiné údaje:**  Dne: ……………………………. …..…………………………………  razítko ZZ podpis vyšetřujícího lékaře |

\*) nehodící se škrtněte