

Vaše potřeby, důvod podání žádosti, co od služby očekáváte

.....

Už jste někdy Vy nebo osoba Vám blízká navštívili náš domov a byli seznámeni s našimi službami ano - ne

Jiná sdělení (např. požadavek jednolůžkového pokoje, speciální přání)

.....

.....

Žadatel prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.

Žadatel bere na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti (vyjádření lékaře) hradí sám.

Žadatel bere na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytování pobytové sociální služby neprodleně sdělí pověřenému zaměstnanci, tj. asistentce ředitelky.

Žadatel bere na vědomí, že z důvodu ochrany zdraví doloží **před možným nástupem** popis rtg. snímku plic.

Poskytovatel, tj. Domov pro seniory sv. Hedviky-Kravaře, p. o. se zavazuje, že s údaji uvedenými v žádosti i její příloze vyjádření lékaře bude nakládáno v souladu se zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Podpis žadatele

nebo podpis zákonného zástupce

Datum

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE – povinná příloha žádosti

Domov pro seniory sv. Hedviky-Kravaře, Alejní 22, 747 21 Kravaře
Poplatky spojené s vyplněním tohoto vyjádření hradí žadatel

1. **Jméno a příjmení žadatele**
2. **Datum narození** **Rodné číslo**
3. **Trvalé bydliště**
4. **Rodinná, osobní, pracovní anamnéza:**

5. **Objektivní nález:**

6. **Duševní stav:**

7. **Hlavní diagnóza:**

8. **Diagnóza ostatní:**

9. Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení ZZ: plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního poradny diabetické, protialkoholní apod. Uveďte:

Na návrh ošetřujícího lékaře poskytovatele mohou být vyžádány výsledky specializovaného vyšetření.

10. Nepříznivý zdravotní stav, který vyžaduje každodenní pomoc nebo dohled jiné osoby při ztrátě soběstačnosti a úkonech péče o vlastní osobu z důvodu somatických syndromů, označte:

- poruchy kůže
- poruchy pohybnosti
- poruchy příjmu potravin
- pády
- nestabilita
- závratě
- úrazy
- užívání kompenzačních pomůcek, uveďte jaké
- smyslové postižení, pokud ano (uveďte jaké):

- inkontinence

11. Nepříznivý stav, který vyžaduje podporu, dohled nebo pomoc při ztrátě soběstačnosti a úkonech péče o vlastní osobu z důvodu psychických syndromů, označte prosím:

- poruchy paměťových a orientačních schopností
- ztráta paměťových schopností
- poruchy chování
- deprese

12. Pokud se vyskytnou sociálně patologické rysy osobnosti, prosíme uveďte:

- a. závislost na alkoholu či jiných látkách ano - ne
- b. jiné (uveďte jaké):

13. Typ stravování: normální
šetřící
diabetický

14. Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí pobytové sociální služby, např. zvláštní dieta, specifické léč. indikace:

Datum:

Podpis ošetřujícího lékaře: