



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY DENNÍ STACIONÁŘ KUNRATICE

podle zákona č. 108/2006 Sb., § 46
Prezidenta Masaryka 106, Praha 4 Kunratice, 148 00
tel.: + 420 605 000 715; email.: hrubesova@seniorinn.cz

ZÁKLADNÍ ÚDAJE:

Jméno, příjmení a akademický titul žadatele:		
Jméno, příjmení a akademický titul pečující osoby:		
Datum narození:	Místo narození:	
Adresa trvalého bydliště:		PSČ
Kontaktní adresa:		PSČ
Telefon:	E-mail:	
Kontaktní osoby:		
Jméno a příjmení:		Vztah k žadateli:
Telefon:	E-mail:	
Jméno a příjmení:		Vztah k žadateli:
Telefon:	E-mail:	
Žadatel pobírá příspěvek na péči (zaškrtněte):		
stupeň I. (lehká závislost)	stupeň III. (těžká)	nepobírá příspěvek
stupeň II. (středně těžká)	stupeň IV. (úplná)	má zažádáno
Žadatel byl /nebyl zbaven způsobilosti k právním úkonům:		
Jméno a příjmení opatrovníka:		
Telefon:	E-mail:	
Důvod k podání žádosti (stručný popis situace):		
Požadované datum nástupu:		

SOBĚSTAČNOST A ORIENTACE:

Chůze	plně pohyblivý/á				
	s kompenzační pomůckou:	hůl/ hole	berle/ 2 berle	chodítko	invalidní vozík
Stravování	dieta:	ne	ano		
	stravuje se sám/a	stravuje se s dopomocí		stravování sám/a nezvládá	
Léky	užívá sám/a	užívá s dopomocí		podání léků sám/a nezvládá	
Hygiena	samostatně	s dopomocí		hygienickou péči nezvládá	
Oblékání	samostatně	s dopomocí		nezvládne se sám/a obléci	
Smysly	sluch:	dobrý	nedoslýchavost	neslyšící	naslouchadlo
	zrak:	dobrý	zhoršený	zbytky zraku	nevidomý/á
Orientace	v přirozeném prostředí:	plně se orientuje	s dopomocí	neorientuje se	
	v čase:	plně se orientuje	s dopomocí	neorientuje se	
	v osobách:	plně se orientuje	s dopomocí	neorientuje se	

Datum:

Podpis žadatele

Podpis pečující osoby nebo
opatrovníka

UPOZORNĚNÍ:

V den nástupu do Denního stacionáře je nutné, aby byl žadatel vybaven léky a jinými zdravotními a hygienickými pomůckami a potřebami, které pravidelně používá.

Žadatel či jiná blízká osoba podává v této žádosti pravdivou informaci o sociální situaci a zdravotním stavu žadatele. Při změně zdravotního stavu musí konzultovat s vedoucí služby či pověřenou osobou, zda je docházka do denního stacionáře možná. Pokud tak nebude učiněno nebo bude-li nějaká významná informace zamlčena, je poskytovatel oprávněn žadatele odmítnout.

Udělují svým podpisem výslovný souhlas s tím, aby Denní stacionář Kunratice zpracovával všechny mé osobní údaje, které ode mne získá prostřednictvím vyplnění této žádosti, a to konkrétně pro účely posouzení této žádosti, a pro účely zpracování, uzavření a řádného a efektivního plnění smlouvy o poskytování sociálních služeb. Tento souhlas udělují dobrovolně, současně jsem si vědom/vědoma, že mohu tento souhlas vzít kdykoli, a to i v rozsahu jen některých údajů, zpět. Byl/a jsem informován/a o tom, že podrobnou informaci pro klienty o zpracování osobních údajů obdržím při uzavírání smlouvy o poskytování sociálních služeb.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE¹

**o zdravotním stavu žadatele k žádosti o pobyt
v Denním stacionáři pro seniory**
příloha žádosti

Jméno a příjmení žadatele			
Adresa trvalého bydliště			
Datum narození			
Pojišťovna			
Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy, atd.)			
Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):			
Trpí žadatel demencí?	☐ ANO	Stupeň:	Typ:
	☐ NE		
Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?	☐ ANO	Jaké:	
	☐ NE		
Potřebuje lékařské ošetření?	☐ ANO	☐ trvale	☐ občas
	☐ NE		
Je schopen polohy v sedě, v křesle	☐ ANO	☐ NE	

¹ zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.

Je schopen sám se najíst, napít	☐ ANO	☐ NE	
Je schopen samostatného přesunu na wc	☐ ANO	☐ NE	
Inkontinence	trvale	☐ ANO	☐ NE
	občas	☐ ANO	☐ NE
	v noci	☐ ANO	☐ NE
Defekty kůže	☐ ANO	☐ dekubity (stupeň, lokalizace)	
		☐ opruzeniny	
		☐ jiné	
	☐ NE		
Jiné údaje – např. současná medikace, alergie, záchvaty			
Doporučuji poskytování ambulantní služby Denního stacionáře pro seniory			
ANO/NE			

Dne _____ V _____

.....
razítko a podpis vyšetřujícího lékaře