

**ÚVN**ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice Praha**DOMOV**
VLČÍ MÁK

Žádost o pobytovou sociální službu v ÚVN

Domov pro seniory	
Domov se zvláštním režimem	

1) ÚDAJE O ŽADATELI:

Jméno a příjmení		Rodné příjmení	
Datum narození		Státní přísluš.	Stav
Místo narození		Válečný veterán: Účastník odboje:	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Telefon
Trvalé bydliště			
Současný pobyt žadatele (nemocnice, LDN, přechodný soc. pobyt, u rodiny)			
Druh důchodu	starobní <input type="checkbox"/>	invalidní <input type="checkbox"/>	vdovský <input type="checkbox"/> jiný:
Výše důchodu (nepovinný údaj)			
Příspěvek na péči ve výši	I. stupeň <input type="checkbox"/> , II. stupeň <input type="checkbox"/> , III. stupeň <input type="checkbox"/> , IV. stupeň <input type="checkbox"/>		
Datum podání žádosti o PNP a adresa úřadu práce			
Ostatní přiznané dávky:			

2) KONTAKTNÍ OSOBA:

Jméno a příjmení		Příbuzenský poměr	
Bydliště			
Tel. domů		Tel. do zaměstnání	
E-mail		Mobil	

3) PLÁTCE (uveďte jednu osobu zodpovědnou za úhrady pobytové služby):

Jméno a příjmení		Příbuzenský poměr	
Bydliště			
Tel. domů		Tel. do zaměstnání	
E-mail		Mobil	

4) ZÁSTUPCE KLIENTA – zmocněnec (úředně ověřená plná moc), opatrovník (rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti)

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Bydliště		Číslo rozhodnutí	
Tel. domů		Tel. do zaměstnání	
E-mail		Mobil	

Jméno a příjmení žadatele:

5) SOCIÁLNÍ SITUACE

Dříve vyslovené přání - sepsáno dle § 36 zákon 372/2011Sb.	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Uloženo u koho:		

Závěť sepsána	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Uložena u koho:		

6) BYTOVÁ SITUACE A POSKYTOVANÁ PÉČE

Bytové poměry (patro, výtah, bariéry)

Žadatel žije:	
S rodinou	
Sám, ale rodina jej pravidelně navštěvuje a zajišťuje péči	
Sám, ale rodina nedokáže zabezpečit péči	
Osamělý, bez rodiny	
Sám, rodina v zahraničí	

Nyní zajišťuje péči:		
Nikdo, žadatel je zcela soběstačný/á	Denní stacionář, kde:	
Rodina	LDN (centrum následné péče): kde	
Osobní asistence, kontakt:	Domov pro seniory, kde:	
Pečovatelská služba, kontakt	Odlehčovací (přechodný pobyt), kde:	
Jiné:		

Byl jste někdy v zařízení sociální pobytové služby?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Kde:		
Jak dlouho:		

Jméno a příjmení žadatele:

7) PRAKTICKÝ LÉKAŘ, U KTERÉHO JSTE EVIDOVÁN:

Jméno a příjmení:	
Telefon:	
Adresa (ulice, č.p., PSČ)	

Další odborní lékaři, které navštěvujete (např.: kardiolog, diabetolog)

--

8) SOBĚSTAČNOST

Chůze a pohyb

Chůze po rovině		Chůze po schodech		Posezení	
Bez omezení		Samostatně		Samostatně bez pomoci	
Samostatně s oporou		S pomocí druhé osoby		S malou pomocí	
Hůl		Nelze		Vydržím sedět na lůžku	
Berle				Vydržím sedět mimo lůžko (např. křeslo)	
Chodítko		Nebezpečí pádu		Nelze	
S pomocí druhé osoby		Bez pádů		Užívané kompenzační pomůcky Jaké:	
Vozík		Občasné pády			
Trvale upoután na lůžko		Časté pády			

Stravování

Způsob stravování žadatele:	
Samostatně	
Pomoc s přípravou staravy (krájení masa apod.)	
Dohled a pomoc s podáváním stravy (vedení ruky)	
Plná závislost na druhé osobě (PEG)	
Potíže s polykáním	
Potíže s přijímáním tekutin	

Léky

Užívání a příprava léků	
Samostatně v určenou dobu, správnou dávku	
Samostatně, jsou-li připraveny a připomenuty	
Léky musí být připravovány a podávány druhou osobou	

Jméno a příjmení žadatele:

Hygiena

Samostatně	
Se slovním vedením / příprava potřebných věcí	
Částečná dopomoc druhé osoby	
Plná závislost na pomoci	

Inkontinence

Inkontinence moči		Inkontinence stolice		Inkontinenční pomůcky
Ne		Ne		
Občas		Občas		
trvale		Trvale		
V noci		V noci		

Oblékání a komunikace

Oblékání		Komunikace, řeč	
Samostatně		Zřetelná	
Se slovním vedením/příprava věcí		S obtížemi	
Částečná dopomoc druhé osoby		Pomocí znakové řeči	
Plná závislost na pomoci druhé osoby		Pomocí psaní	
		Porucha řeči (např. afázie)	

Smysly

Sluch		Zrak		Užívané kompenzační pomůcky
Normální		Normální		
Nedoslýchavost		Zhoršené vidění		
Zbytky sluchu		Zbytky zraku		
Neslyšící		Nevidomý/á		

Orientace

V přirozeném prostředí	Plná orientace	Orientace s podporou	Neorientován/a
Časem	Plná orientace	Orientace s podporou	Neorientován/a
Místem	Plná orientace	Orientace s podporou	Neorientován/a
Situací	Plná orientace	Orientace s podporou	Neorientován/a

Jméno a příjmení žadatele:

V noci

Spánek		Noční neklid		Zhoršená orientace v noci	
Spánek bez obtíží			ANO		ANO
Spánek s léky na spaní			NE		NE
Narušený spánek					
Jak se projevuje noční neklid a zhoršená orientace v noci? (chození, bouchání, volání ..)					
Obvyklý čas spánku					

9) POKUD ŽADATEL NENÍ SCHOPEN POROZUMĚT OBSAHU SMLOUVY, JE NUTNO PŘEDEM DOLOŽIT

- vyjádření lékaře - psychiatra (smlouvu při přijetí do DS uzavře zástupce ÚMČ na základě doporučení odborníka, následně je nutno požádat soud o omezení nebo zbavení způsobilosti)
- kopii rozhodnutí soudu o ustanovení zákonného zástupce (opatrovníka) nebo kopii generální plné moci k uzavření smlouvy

10) SOUHLAS K PODÁVÁNÍ INFORMACÍ

Dávám souhlas panu/paní

.....,nar.....,

trvale bytem

.....

k podávání informací týkajících se vyřizování žádosti o poskytnutí sociální služby na Oddělení sociální péče, Domově se zvláštním režimem a Domově pro seniory, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6. Žádné jiné osobě nemohou být informace poskytnuty.

Jméno a příjmení žadatele:

Prohlášení žadatele, zákonného zástupce (opatrovník), zmocněnce:

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání mých osobních údajů, pro posouzení mé žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace. Zároveň souhlasím s tím, aby pracovníci pověřeni vyřizováním žádosti se seznámili se všemi údaji uvedenými v této žádosti a jejich přílohách.

Žadatel bere na vědomí, že do své dokumentace může kdykoliv nahlížet.

Tento souhlas může žadatel (zmocněnec, zákonný zástupce) kdykoliv písemně odvolat. Odvolání souhlasu s poskytnutím osobních a citlivých údajů znamená ukončení jednání o přijetí na příslušnou pobytovou sociální službu.

.....
Podpis žadatele

(zmocněnce, zákonného zástupce)

.....
Jméno a příjmení zmocněnce nebo zákonného zástupce

V Dne

Osobní údaje se rozumí jakýkoliv údaj, týkající se fyzické osoby, jestliže na jeho základě, lze přímo či nepřímo zjistit její identitu.

Citlivý údaj je osobní údaj, vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v politických stranách či hnutích nebo odborových či zaměstnaneckých organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, trestné činnosti, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů. Pokud shromažďované údaje obsahují jak citlivé, tak i osobní údaje, je nutné při jejich zpracování dodržovat ustanovení o citlivých údajích.

Jméno a příjmení žadatele:

11) SDĚLENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE ŽADATELE

Pan/paní: RČ:

Diagnóza

Inkontinence	moči		stolice
SKP stupeň inkontinence			
Předepisované inkontinenční pomůcky			
Datum posledního předpisu inkontinenčních pomůcek:			
Denní typ:		Noční typ:	

Mentální stav	Psychiatrická diagnóza
Dobrý	
Demence lehká	
Demence střední	
Demence těžká	

Předepsaná dieta	
PEG	SIPPING

Kožní defekty			
dekubity	Bércové vředy	Jiné:	
Jiný typ ran (kožní alergie, ekzémy):			

Alergie:

Užívané léky:

Název	dávkování	Název	Dávkování

Jméno a příjmení žadatele:

Další zvláštní upozornění pro ošetřující personál (zejména sdělení o případné pozitivě u chronických hepatitid, pozitivní MRSA, eventuálně jiná závažný nález nebo jiná specifika pro poskytování zdravotní péče:

Kontraindikace přijetí podle §36 vyhlášky 505/2006 Sb., ustanovené podle §119 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- a) pokud zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, akutní TBC, akutní pohlavní choroby, akutní infekční a parazitární choroby
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní služby

Doporučuji využívání sociální služby domova pro seniory, v případě potřeby budu konzultovat zdravotní stav pacienta a spolupracovat se zdravotnickým personálem domova při zajištění poskytování zdravotní péče.

.....
datum

.....
jméno lékaře, telefon

.....
razítko zařízení

Jméno a příjmení žadatele:

Přílohy k žádosti:

- ❑ Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
- ❑ Potvrzení o výši důchodu, pokud žadatel uplatňuje nárok na snížení úhrady podle §73, odst.3, zákona č. 108/2006 Sb.
- ❑ Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- ❑ Kopie osvědčení válečného veterána či přidělené průkazky

Kontaktní údaje:

Domov Vlčí mák

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

U Vojenské nemocnice 1200

Praha 6 169 02

www.uvn.cz

Tel: 973 202 723, 973 202 733

E-mail: zadost.dvm.@uvn.cz

Budova B1, 3. patro, Domov Vlčí mák, sociální pracovnice Mgr. Lucie Škarvadová, DiS., tel. 734 237 160

ROZHODNUTÍ SOCIÁLNÍ KOMISE ODDĚLENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE:

- domov pro seniory
- domov se zvláštním režimem

Datum:..... Podpis (vedoucí sociální komise) :.....