

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K ODLEHČOVACÍ SLUŽBĚ POBYTOVÉ

| | | | | |
|--|--|-----------------------------|-----------------------------|------|
| ŽADATEL | Příjmení: | Jméno: | Titul: | |
| | Datum narození: | Rodné číslo: | | |
| | Příspěvek na péči: <input type="checkbox"/> ANO stupeň: <input type="checkbox"/> NE | Zdravotní pojišťovna: | | |
| | Adresa trvalého bydliště: | | | PSC: |
| | Doba pobytu | | | |
| | od: do: | | | |
| | Důvod žádosti o poskytnutí odlehčovací služby: | | | |
| Nejblížejší osoby | Jméno a příjmení: | | vztah k uživateli: | |
| | Kontaktní informace Adresa: | | | |
| | Telefon: | | e-mail: | |
| Návštěva odborných lékařů v době pobytu | Je žadatel/ka pod dohledem odborného lékaře? | | | |
| | <input type="checkbox"/> ANO, jakého? | | <input type="checkbox"/> NE | |
| | Je plánovaná kontrola u odborného lékaře v době pobytu? | | | |
| | <input type="checkbox"/> ANO | | <input type="checkbox"/> NE | |
| | jaké : kdy : doporučení : | | | |
| kdo zajistí:..... | | | | |
| jaké : kdy : doporučení : | | | | |
| kdo zajistí..... | | | | |
| Žadatel je omezen na způsobilosti k právním úkonům | | | | |
| <input type="checkbox"/> ANO | | <input type="checkbox"/> NE | | |
| V případě kladné odpovědi doložte neověřenou kopii rozsudku nebo usnesení. | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| ČINNOSTI DENNÍHO ŽIVOTA/SOBĚSTACNOST | Orientace <input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Dezoriantovaná/ý | Pomoc při osobní hygieně <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| | Koupání s pomocí <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pomoc při oblékání <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| | Pomoc při jídle <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Dohled nad pitným režimem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| | Péče o dutinu ústní, protězu <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | |
| | Hygienické pomůcky při inkontinenci, vč. spotřeby den/noc, uveďte počet: kalhotky :dennoc vložky :dennoc podložky:dennoc | WC židle: <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> bez pomoci <input type="checkbox"/> den <input type="checkbox"/> noc |
| | Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> chodítka, <input type="checkbox"/> invalidní vozík, <input type="checkbox"/> antidekubitní matrace, popř. jiné:..... V případě užívání kompenzačních pomůcek, si pomůcky přivezte sebou a označte si je svým jménem. <input type="checkbox"/> nevyžaduje žádné | |

Žadatel bere na vědomí, že odlehčovací služba není zdravotnické zařízení, ale zařízení sociální péče.

Beru na vědomí, že odlehčovací služba neposkytuje rehabilitaci klienta.

V dne podpis žadatele

Povinné přílohy k žádosti:

- vyjádření lékaře o zdravotním stavu – výpis ze zdravotní dokumentace žadatele
- v případě omezení žadatele ve svéprávnosti – rozhodnutí soudu a listinu o ustanovení opatrovníka/zástupce žadatele
- dotazník pro rodinné příslušníky

ŽADATEL

| | | |
|---------------------------|-----------------------|--------|
| Příjmení: | Jméno: | Titul: |
| Rodné číslo: | Zdravotní pojišťovna: | |
| Adresa trvalého bydliště: | | PSČ: |

**PRAKTICKÝ
LÉKAŘ**

Jméno a příjmení praktického lékaře:

Kontaktní informace (adresa, telefon, email):

VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE

Diagnózy, datum stanovení:

Alergie:

Dieta:

Denní rozpis léků:

| název léku | ráno | poledne | večer | noc |
|------------|------|---------|-------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Umožňuje zdravotní stav Vašeho pacienta pobyt v našem zařízení, tj. bez trvalé lékařské péče?

Ano Ne

Má pacient psychiatrickou diagnózu?

Ano Jakou? Ne

Trpí pacient demencí? Uvedte prosím typ/druh a stupeň rozvoje

Ano, Ne

Je pacient schopen soužití s dalšími klienty? (V našem zařízení jsou 2 lůžkové pokoje.)

Ano Ne

| | |
|--|---|
| VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE | U jakých specialistů je pacient dispenzarizován? |
| | Je stav pacienta plně kompenzován? |
| | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| | Vyžaduje pacient časté nebo akutní umístění ve zdravotnickém zařízení? |
| | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| | Má pacient infekční onemocnění vylučující pobyt v naší sociální službě? |
| | <input type="checkbox"/> Ano Jaké? <input type="checkbox"/> Ne |
| Má pacient inkontinenci? | |
| <input type="checkbox"/> Ano , stupeň:..... <input type="checkbox"/> Ne | |
| Prodělal pacient v poslední době rehabilitační péči? | |
| <input type="checkbox"/> Ano Jakou? <input type="checkbox"/> Ne | |
| Potřebuje pacient jinou péči? | |
| <input type="checkbox"/> Ano Jakou? <input type="checkbox"/> Ne | |
| PODÁVÁNÍ LÉKŮ | Potvrzují, že výše jmenovaný žadatel o odlehčovací službu pobytovou (vyberte možnost): |
| | 1. Po dobu pobytu si bude sám dohlížet na léčebný režim, tzn. veškeré léky bude mít ve svých osobních věcech na pokoji a bude je užívat sám bez dohledu. <input type="checkbox"/> |
| | 2. Léky budou uloženy na sesterně, žadatel je bude užívat v určený čas sám pod dohledem asistenta služby. <input type="checkbox"/> |
| | 3. Žadatel není schopen užívat léky sám – budou mu podány zdravotní sestrou. Vyberete-li tuto možnost, vyplňte žadateli prosím formulář ORP na dobu pobytu (kódy 06613, 06611). Bez formuláře ORP nebude možné žadatele na službu přijmout. <input type="checkbox"/> |

Datum:

Razítko:

Podpis:

Informace pro lékaře: Důvodem pro nepřijetí může být zdravotní stav, dle z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, a to: Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

| | |
|---|---|
| 1 | Bydlí žadatel sám nebo ve společné domácnosti s dalšími osobami? S kým? |
| 2 | Kdo o žadatele obvykle pečuje? |
| 3 | Co žadatel zvládá dělat sám a s čím potřebuje pomoci? |
| 4 | Jak vypadá denní režim žadatele – kdy vstává, snídá, dopolední a odpolední odpočinek, aktivity, hygiena, usínání? |
| 5 | Které činnosti těší žadatele ve volném čase? |
| 6 | Jak probíhá komunikace, používáte při komunikaci nějaké pomůcky? |
| 7 | Co považujete za důležité, abychom věděli? |
| 8 | Na co si dát pozor, důležitá upozornění (riziko pádu, odchodu ze zařízení aj.) |
| 9 | Kdo dotazník vyplnil? (jméno, příjmení, vztah k zájemci o službu) |