

Evidenční číslo:

Datum přijetí žádosti:

Způsob doručení žádosti:

OSOBNĚ – POŠTA – E-MAIL

Na žádost bylo reagováno a s podmínkami
byl žadatel (jeho pověřenec) seznámen¹:

Tabulku vyplní pověřený zaměstnanec Domova Vesalius v Opavě

Ž Á D O S T

**o poskytnutí pobytové sociální služby V Domově Vesalius v Opavě
(odlehčovací pobytová služba)**

Žadatel:

Jméno a příjmení, včetně titulů:		
Datum narození:	Rodinný stav:	Telefon:
Bydliště:		PSČ:
Stupeň závislosti na pomoci - příspěvek na péči ² :		
I. stupeň – II. stupeň – III. stupeň – IV. stupeň – NEPŘIZNÁN – V ŘÍZENÍ		
Poskytnutí služby žádám od – do:		
Zdravotní pojišťovna:	Praktický lékař, adresa, kontakt:	

¹ Osobně, telefonicky, sms, dopisem, e-mailem apod.

² Nepovinný údaj – je možné označit více možností, např. máte přiznán II. stupeň a žádáno o zvýšení (označíte tedy II. stupeň a zároveň v řízení)

Důvod podání žádosti:			
Jméno a příjmení příbuzného/kontaktní osoba:	Poměr k žadateli:	Aktuální telefonní kontakt:	Aktuální e-mailový kontakt:
Jméno, příjmení, kontaktní adresa a aktuální telefonní číslo na opatrovníka (na základě Usnesení soudu či Rozsudku):			
Zvláštní potřeby při komunikaci (tímto se rozumí např. tlumočník, text v Braillovém písmu apod.):			
❖ Žadatel o službu prohlašuje, že všechny údaje uvedl dle skutečnosti a je si vědom toho, že při zamlčení podstatných údajů nebo při jejich zkreslení může být vyřazen z databáze žadatelů o poskytování pobytové sociální služby. ❖ Podáním žádosti udělujete svůj souhlas společnosti Domov Vesalius, z. ú., IČ 083 44 078, se sídlem Sušilova 1751/1, 746 01 Opava, jakožto správci osobních údajů („správce“ nebo „společnost“) k tomu, aby zpracovával Vaše osobní údaje vyplývající z této žádosti včetně příloh. Souhlas udělujete dle Nařízení Evropského Parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) („GDPR“), dle dalších platných právních předpisů.			
V.....dne.....		 Podpis žadatele o službu/opatrovníka	

Nedílnou součástí žádosti jsou následující písemné dokumenty:

1. vyjádření obvodního lékaře o zdravotním stavu žadatele o službu
2. kopie Usnesení soudu (pokud je ustanoven opatrovník)

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o umístění v pobytovém zařízení dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Důležitá informace: Odlehčovací pobytová služba je službou sociální a je poskytována v zařízení bez zdravotnického personálu. Uživatel služby po dobu pobytu zůstává v péči svého praktického lékaře. V případě potřeby zdravotních výkonů JE NUTNÉ, aby praktický lékař indikoval tyto výkony na základě poukazu agentury domácí péče (např. agentury MEDEA domácí péče Opava s r.o., Sušilova 1751/1, 746 01 Opava, která může na základě poukazu praktického lékaře provádět zdravotnické výkony u našich uživatelů odlehčovací služby).

Jméno a příjmení
žadatele:

.....

Narozen/a:

.....

Bytem:

.....

Obec, směrovací číslo:

.....

1. Anamnéza (osobní, pracovní, rodinná):

2. Objektivní nález status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis):

3. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

4. Diagnóza (česky):

Statická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu:

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. Jiné schopnosti a míra soběstačnosti:

Je schopen chůze bez cizí pomoci

ANO*

NE*

Je upoután na lůžko trvale – převážně*

ANO*

NE*

Je schopen sám sebe obsloužit

ANO*

NE*

Kontinence moči

Kontinentní*

Inkontinentní
*

Kontinence stolice

Kontinentní*

Inkontinentní
*

Potřebuje lékařské ošetření trvale – občas*

ANO*

NE*

Je pod dohledem specializovaného lékaře/oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, chirurgického či interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.

ANO*

NE*

Specifikujte.....

Potřebuje zvláštní péči

ANO*

NE*

Specifikujte.....

Alergie

Specifikujte:

ANO*

NE*

Dieta:

Specifikujte:

ANO*

NE*

Nedávné hospitalizace:

6. Jiné údaje		
Žadatel trpí psychiatrickým onemocněním	ANO*	NE*
Žadatel má neurodegenerativní nemoc	ANO*	NE*
Žadatel trpí chronickým duševním onemocněním	ANO*	NE*
Žadatel je závislý na návykových látkách nebo alkoholu	ANO*	NE*
Žadatel je osobou s onkologickým onemocněním v akutním stádiu	ANO*	NE*
Žadatel je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu	ANO*	NE*
Je žadatel bacilonosičem některé infekční nemoci?	ANO*	NE*
Žadatel potřebuje výživu gastrickou sondou, popř. jinou pomůckou	ANO*	NE*
Žadatel potřebuje péči ve zdravotnickém zařízení	ANO*	NE*
Žadatel je osobou s mentálním postižením	ANO*	NE*
Žadatel je tělesně postižený	ANO*	NE*
7. Přesný rozpis užívaných léků (specifikujte název léků, doba podání, forma podání) – uživatel musí mít dostatek (chronických) léků po dobu odlehčovací služby:		
Pokud se provádí zdravotnické výkony u uživatele odlehčovací služby, je nutné, aby praktický lékař vystavil - ještě před nástupem do služby - Poukaz (včetně podávání léků, převazů apod.) např. MEDEA domácí péče Opava s r.o., Sušilova 1751/1, 746 01 Opava). Kontakt: MEDEA – p. Věulková - 777 915 458		
V.....dne..... Razítko: Podpis lékaře:		

* nehodící se škrtněte