|  |  |
| --- | --- |
| **Evidenční číslo:** |  |
| **Datum přijetí žádosti:** |  |
| **Způsob doručení žádosti:** | OSOBNĚ – POŠTA – E-MAIL |
| **Na žádost bylo reagováno a s podmínkami byl žadatel (jeho pověřenec) seznámen[[1]](#footnote-1):** |  |

***Tabulku vyplní pověřený zaměstnanec Domova Vesalius v Opavě***

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

Ž Á D O S T

**o poskytnutí odlehčovací sociální služby V Domově Vesalius v Opavě (terénní a pobytová forma)**

**Žadatel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení, včetně titulů:** | | | |
| **Datum narození:** | | **Rodinný stav:** | **Telefon:** |
| **Adresa trvalého bydliště:** | | | **Adresa aktuálního místa pobytu:** |
| **Zdravotní pojišťovna:** | | | **Praktický lékař, adresa, kontakt:** |
| **Příspěvek na péči[[2]](#footnote-2):**  I. stupeň – II. stupeň – III. stupeň – IV. stupeň – NEPŘIZNÁN – V ŘÍZENÍ | | | |
| **Žádám o odlehčovací službu ve formě:**  *Pozn.: Zvolte pouze jednu z uvedených forem.*    Terénní forma  Pobytová forma | | | |
| **Soudem ustanovený opatrovník:**  (V případě kladné odpovědi doložte k žádosti kopii rozsudku nebo usnesení.)  ANO – NE | | | |
| **Opatrovník / Soudem stanovený zástupce žadatele:**  Jméno a příjmení, včetně titulů:  Vztah k žadateli:  Aktuální telefonní kontakt: | | | |
| **Pečující osoba:**  Jméno a příjmení, včetně titulů:  Vztah k žadateli:  Aktuální telefonní kontakt:  Aktuální e-mailový kontakt: | | | |
|  | **Co od odlehčovací služby očekáváte? Důvod podání žádosti:** | | |  |
|  | **V případě TERÉNNÍ FORMY:**  **V jakém časovém rozmezí** (např. 2 hodiny ráno/dopoledne nebo odpoledne) **a s jakou četností** (např. denně, každý druhý den, konkrétní dny, kolikrát týdně/měsíčně apod.) **o službu žádáte?**  *Pozn.: Min. doba poskytování terénní odlehčovací služby je 1 hodina a více, max. 1x denně.*  **Vámi požadovaný termín zahájení služby:** | | |
|  | **V případě POBYTOVÉ FORMY:**  *Pozn.: Min. doba poskytování pobytové odlehčovací služby je 1 týden a více, max. 3 měsíce.*  a) **Potřebuji konkrétní termín** poskytnutí služby od – do: ……………….……………………  b) **Na konkrétním termínu netrvám**. Uvítám odlehčení v péči a to v přibližném období ………………....…… v délce (min. 1 týden, max. 3 měsíce) ………..…………………………  c) **Jiné**: …………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………… | | |
|  | 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 Podpis pečující osoby | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Žadatel přiloží k žádosti dokument, ze kterého bude vyplývat příslušnost k cílové skupině, např. vyjádření lékaře.**  **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  o zdravotním stavu žadatele (pro využívání 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):   * 1. hlavní   2. 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.  Specifikujte……………………………………………………….. | ANO\* | NE\* |
| Potřebuje zvláštní péči  Specifikujte……………………………………………………….. | ANO\* | NE\* |
| 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) | | |
| V………………………….dne…………………….  Razítko: Podpis lékaře: | | |

\*nehodící se škrtněte

1. Osobně, telefonicky, sms, dopisem, e-mailem apod. [↑](#footnote-ref-1)
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) [↑](#footnote-ref-2)