

Domov pro seniory Plaveč, příspěvková organizace

Domov 1, 671 32 Plaveč

IČ 45671702, tel.: 515 252 250

zřizovatel: Jihomoravský kraj

## **ŽÁDOST O POBYTOVOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

*- sociální služba je poskytována dle Zákona č. 108/2006Sb., § 50*

**Den přijetí žádosti v Domově pro seniory Plaveč, příspěvková organizace:**

---

**1. Žadatel:** .....  
jméno a příjmení

---

**2. Datum narození:** .....  
den, měsíc a rok

---

**3. Trvalé bydliště:** .....

**Telefon:** ....., případně e-mail: .....

**V současné době bydlím, jsem umístěn(a) na adrese:**

.....

---

**4. Stupeň poskytovaného příspěvku na péči:**

.....

---

**5. Vyplňuje se pouze tehdy, jestliže žadatel má soudem ustanoveného opatrovníka, případně má podpůrce schváleného soudem**

(Žadatel je omezen ve svéprávnosti pro soudem stanovené právní úkony, případně je mu poskytována nápomoc při rozhodování na základě smlouvy o nápomoci schválené soudem)

Jméno a příjmení opatrovníka - podpůrce: .....

Adresa opatrovníka - podpůrce: .....

Telefon: ....., e-mail: .....

Rozhodnutí soudu v ..... ze dne ..... č. j. ....

**6. Jiná kontaktní osoba, na kterou se můžeme případně obracet ve věci vyřízení Vaši žádosti a dále i po dobu poskytování sociální služby:**

Jméno a příjmení: .....

Vztah k žadateli : .....

Adresa: .....

Telefon: ....., e-mail: .....

**SOUHLAS VÝŠE UVEDENÉ KONTAKTNÍ OSOBY SE  
ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ A CITLIVÝCH ÚDAJŮ:**

V souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů a citlivých údajů pro zařízení ve kterém bude žadateli poskytována sociální služba domov se zvláštním režimem (v Domově pro seniory Plaveč, p. o.), a to až do doby jejich archivace a skartace.

Dne: ..... ..

Čitelný vlastnoruční podpis kontaktní osoby

---

**7. Čím žadatel zdůvodňuje nepříznivou sociální situaci - nutnost (potřebu) sociální služby (zdravotní důvody, sociální důvody –sociální izolace, osamělost, absence rodiny, snížená soběstačnost, jiné důvody):**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**8. Jaké služby potřebuje žadatel zajistit (potřeby a cíle):**

.....  
.....  
.....

---

**9. Ve kterém sociálním zařízení má žadatel současně podanou žádost:**

.....

## 10. PROHLÁŠENÍ ŽADATELE ( příp. soudem stanoveného opatrovníka) :

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivé a úplné. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případně požadované náhrady škody, popř. ukončení poskytované sociální služby:

Dne: .....  
Čitelný vlastnoruční podpis žadatele  
nebo jeho opatrovníka

( u opatrovníka uveďte jeho adresu a vlastnoruční podpis)

Adresa opatrovníka žadatele: .....  
Dne: .....podpis opatrovníka žadatele: .....

---

## 11. SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ A CITLIVÝCH ÚDAJŮ:

*Souhlasím se zpracováním osobních údajů – v souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchování osobních údajů pro zařízení Domov pro seniory Plaveč, p.o. a to až do doby jejich archivace a skartace.*

Dne: .....  
Čitelný vlastnoruční podpis žadatele  
nebo jeho opatrovníka

**- INFORMACE PRO ŽADATELE A LÉKAŘE -**  
**K POSKYTOVANÉ SLUŽBĚ DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**  
**V DOMOVĚ PRO SENIORY PLAVEČ**

**CÍLOVÁ SKUPINA (okruh osob, kterým je služba určena):**

Osoby ve věku 55 let a více se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění a nebo z důvodu stařecké Alzheimerovy demence a ostatních typů demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodů těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, pokud již tato pomoc nemůže být zajištěna v jejich původní domácnosti.

**SLUŽBA NENÍ URČENA PRO:**

- osoby mladší 55 let
- osoby, u kterých lze adekvátní péči zajistit jiným typem sociální služby
- pokud je toto diagnostikováno lékařem:
  - osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
  - osoby, které nejsou způsobilé k pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci

**Sociální služby se poskytují uživatelům v Domově pro seniory Plaveč (dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) na základě uzavřené písemné smlouvy.**

## Domov pro seniory Plaveč, příspěvková organizace

Domov 1, 671 32 Plaveč, IČ 45671702, tel.: 515 252 250

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

*Žádáme Vás o lékařské vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele o poskytování sociální služby. Toto lékařské vyjádření slouží k našemu posouzení, zda žadatel spadá do cílové skupiny uživatelů Domova se zvláštním režimem, a zda žadateli můžeme naše služby poskytovat nebo jej informovat o jiné vhodnější sociální službě.*

*Dle Zákona č. 108/2006Sb. §91 odst.4 - Osoba je povinna před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství o zdravotním stavu.*

#### VYPLNÍ ŽADATEL

Jméno, příjmení, titul:	
Rodné příjmení:	
Rodné číslo: (nepovinný údaj)	
Datum narození:	
Pohlaví:	
Trvalé bydliště:	
Praktický lékař: Adresa ordinace: Kontakt na praktického lékaře:	

#### VYPLNÍ PRAKTICKÝ NEBO OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

**Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní)

---

**Objektivní nález** (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status praesens localis)

---

**Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití, orientace, agresivita, noční aktivita, návyk na alkoholu, drogách, sexuální poruchy atd.)

---

**Diagnóza** (česky)

a) hlavní (statistická značka hlavní choroby dle mezinárodního seznamu)

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

c) jedná se o osobu s demencí:            ANO            NE  
(zakroužkujte odpovídající variantu)

**Uved'te, kterými příznaky žadatel trpí:**

- Alzheimerova choroba v takovém stádiu, kdy vyžaduje stálý dohled druhé osoby
- Vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení (léčba infuzemi, transfuzemi, přijímání stravy sondou)
- Trpí akutní nemocí a nutností nepřetržité lékařské péče (např. podpora dýchání pomocí kyslíkového přístroje)
- Infekční choroba typu aktivní TBC, AIDS, hepatitidy apod.
- Trpí psychickou poruchou, při níž může ohrozit sebe i druhé, chování osoby znemožňuje soužití s kolektivem a její stav není ovlivnitelný léčbou
- Svým onemocněním nebo chováním výrazně narušuje a znemožňuje společné bydlení a klidné soužití
- Chronické duševní onemocnění, závislost na alkoholu a jiných omamných látkách, chování znemožňuje soužití s kolektivem
- Potřebuje zvláštní zdravotní péči – např.: PEG, APLIKACI INZULINU, OŠETŘENÍ STOMIE, KOMPENZAČNÍ POMŮCKY
- Jiné údaje:

<b>Zakroužkujte vhodnou variantu:</b>	
1) Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO / NE
2) Je upoután na lůžko: <ul style="list-style-type: none"> <li>• trvale</li> <li>• převážně</li> </ul>	ANO / NE ANO / NE
3) Je schopen sám sebe obsloužit. <ul style="list-style-type: none"> <li>• najedení, napití</li> <li>• oblékání</li> <li>• osobní hygiena</li> <li>• koupání</li> <li>• použití WC</li> </ul>	ANO / NE ANO / NE ANO / NE ANO / NE ANO / NE
4) Inkontinence moči <ul style="list-style-type: none"> <li>• trvale</li> <li>• občas</li> <li>• v noci</li> </ul>	ANO / NE ANO / NE ANO / NE
5) Potřebuje lékařské ošetření <ul style="list-style-type: none"> <li>• trvale</li> <li>• občas</li> </ul>	ANO / NE ANO / NE
6) Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.)  <i><b>Pokud ANO, je povinen na návrh praktického nebo ošetřujícího lékaře doložit tyto dokumenty: výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.</b></i>	ANO / NE
7) Byl v minulosti žadatel léčen na akutní formu TBC?  <i><b>Pokud ANO, je povinen doložit tyto dokumenty: popis RTG snímku plic ne staršího 1 měsíce. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu</b></i>	ANO / NE

Dne:

Podpis a razítko praktického nebo ošetřující lékaře