Diecézní charita Brno | Oblastní charita Rajhrad

Domov se zvláštním režimem sv. Luisy
Jiráskova 1014, 664 61, Rajhrad
tel.: +420 736 661 824
e-mail: dzr@rajhrad.charita.cz
www.rajhrad.charita.cz

Žádost o poskytnutí sociální služby – Domov se zvláštním režimem sv. Luisy

Jméno a příjmení žadatele:……

Datum narození:……..

Zdravotní pojišťovna:……Rodinný stav:……

Adresa trvalého bydliště:……..

Adresa současného pobytu:……..

První kontaktní osoba: (jméno, příjmení, bydliště, vztah k žadateli, telefon, e-mail.):

…….....

……...

Druhá kontaktní osoba: (jméno, příjmení, bydliště, vztah k žadateli, telefon, e-mail):

…….....

……...

Praktický lékař: (jméno, příjemní, adresa provozovny, telefon, popř. e-mail.):

…….....

……...

Jiní odborní lékaři, především s ohledem na stanovenou diagnózu, která je podmínkou přijetí do našeho zařízení: např. neurolog, psychiatr, (diabetolog, apod.) - jméno, příjmení, adresa ordinace, telefon:

…….....

……...

Domov se zvláštním režimem sv. Luisy
Jiráskova 1014, 664 61, Rajhrad
tel.: +420 736 661 824
e-mail: dzr@rajhrad.charita.cz
www.rajhrad.charita.cz

Opatrovnictví nebo zastupování klienta:

A. Má žadatel soudem schválenou **Smlouvou o nápomoci** - stanoveného zástupce?

☐ ANO ☐ NE

☐ JE PODÁNA ŽÁDOST (uveďte prosím datum podání žádosti a příslušný soud)

……..……

Je-li tato Smlouva o nápomoci uzavřená, kdo je stanoven tzv. podpůrcem? Je-li podpůrců více, uveďte prosím všechny podpůrce. (*uveďte prosím jméno, příjmení, bydliště, tel., email.):*
……..…

……..……

B. Má žadatel sepsáno **Předběžné prohlášení** - opatření v očekávání budoucí změně svéprávnosti?

☐ ANO ☐ NE

C. Má žadatel schválenou **Smlouvu o zastoupení členem domácnosti**?

☐ ANO ☐ NE

☐ JE PODÁNA ŽÁDOST (uveďte prosím datum podání žádosti a příslušný soud)

……

Je-li tato Smlouva o zastoupení členem domácnosti uzavřená, kdo je stanoven tzv. zástupcem? Je-li zástupců více, uveďte prosím všechny zástupce *(uveďte prosím jméno, příjmení,bydliště, tel., email, příslušný soud, který o změně svéprávnosti rozhodl a datum rozhodnutí.).*

……..……

……..……

D. Je žadatel omezen ve svéprávnosti?

☐ ANO ☐ NE

☐ JE PODÁNA ŽÁDOST (uveďte prosím datum podání žádosti a příslušný soud)

……..

Pokud ANO, uveďte prosím pro jaké jednání……..

Je žadatel omezen ve svéprávnosti, kdo je stanoven opatrovníkem? (*uveďte jméno,příjmení, bydliště, tel., email, příslušný soud, který o změně svéprávnosti rozhodl a datum rozhodnutí.)*

……..……

……..……

Diecézní charita Brno | Oblastní charita Rajhrad

Domov se zvláštním režimem sv. Luisy
Jiráskova 1014, 664 61, Rajhrad
tel.: +420 736 661 824
e-mail: dzr@rajhrad.charita.cz
www.rajhrad.charita.cz

Příspěvek na péči

Je žadatel příjemcem příspěvku na péči?
☐ ANO, ve stupni ☐ I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV. Datum schválení: ……...
☐ ZAŽÁDÁNO dne:

Soběstačnost:

Mobilita – žadatel chodí:
☐ SÁM
☐ S DOPOMOCÍ ☐ francouzské hole ☐ berle ☐ chodítko
☐ jiné:

Hygiena:
☐ SÁM ☐ S DOPOMOCÍ ☐ S PLNOU POMOCÍ

Schopnost sebeobsluhy v běžných denních úkonech:
☐ ANO ☐ NE

Inkontinence:
☐ ANO ☐ NE ☐ OBČAS ☐ moče ☐ stolice

Projevy narušující kolektivní soužití (agresivita, noční aktivita apod.)
☐ ANO ☐ NE ☐ OBČAS
Pokud ano, uveďte jaké:

Je žadatel schopen komunikace?

Slovní	☐ ANO	☐ NE
Písemné	☐ ANO	☐ NE

Jaký má žadatel temperament?
☐ společenský ☐ rád si povídá ☐ uzavřený ☐ samotářský

Jaká je schopnost žadatele ohledně orientace?

místem:	☐ ANO	☐ NE	v čase:	☐ ANO	☐ NE
osobou:	☐ ANO	☐ NE	v prostoru:	☐ ANO	☐ NE

Žadatel dále používá:

☐ sluchadla ☐ brýle ☐jiné……..

Diecézní charita Brno | Oblastní charita Rajhrad

Domov se zvláštním režimem sv. Luisy
Jiráskova 1014, 664 61, Rajhrad
tel.: +420 736 661 824
e-mail: dzr@rajhrad.charita.cz
www.rajhrad.charita.cz

Strava žadatele:

Žadatel se nají ☐ SÁM ☐ S DOPOMOCÍ ☐ S PLNOU POMOCÍ

Dietní omezení: …….

Konzistence stravy: ☐normální ☐krájená (drcená) ☐mletá ☐mixovaná

Oblíbená strava:…….

Neoblíbená strava: ……

Jaká jsou žadatelova očekávání v souvislosti s poskytováním služeb Domova se zvláštním režimem sv. Luisy?

……...

…….

……..

Jakého cíle by chtěl/chtěla prostřednictvím našeho zařízení dosáhnout?

……..

…….

……..

Žadatelovy zájmy, záliby, koníčky:
…….....

……..

Žadatelova životní profese:……

Registrace k praktickému lékaři:

Žadatel ☐ SOUHLASÍ ☐ NESOUHLASÍ

s možností zaregistrovat se k praktickému lékaři, který do Domova se zvláštním režimem sv. Luisy dochází v intervalu jedenkrát týdně a pečuje v rámci odbornosti praktického lékaře o klienty zařízení.

Diecézní charita Brno | Oblastní charita Rajhrad

Domov se zvláštním režimem sv. Luisy
Jiráskova 1014, 664 61, Rajhrad
tel.: +420 736 661 824
e-mail: dzr@rajhrad.charita.cz
www.rajhrad.charita.cz

Prosím, zde se vyjádřete v několika větách k tomu, jaký žadatel je (i z pohledu osoby blízké):

Prosím, zde popište ve stručnosti denní režim, obvyklé denní zvyklosti žadatele

(kdy vstává, kdy a co obvykle snídá, jak a kdy probíhá hygiena, co dělá během dopoledne, kdy je zvyklý na oběd, co má nejraději, co dělá po obědě, kdy chodí spát, apod.)

Diecézní charita Brno | Oblastní charita Rajhrad

Domov se zvláštním režimem sv. Luisy
Jiráskova 1014, 664 61, Rajhrad
tel.: +420 736 661 824
e-mail: dzr@rajhrad.charita.cz
www.rajhrad.charita.cz

Dle zákona č. 110/2019 Sb., Zákon o zpracování osobních údajů, souhlasím svým podpisem se shromažďováním a uchováváním osobních údajů a jejich užitím pro potřeby Domova se zvláštním režimem.

Datum:……. Podpis:…….

Má-li klient opatrovníka:

Datum:……. Podpis:……..

Nezbytné přílohy k přijetí do Domova se zvláštním režimem:
*Vyplněná žádost přijetí do Domova se zvláštním režimem
*Vyjádření praktického lékaře s přílohami odborných lékařů (psychiatrická zpráva)
*Kopie Rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka

Diecézní charita Brno | Oblastní charita Rajhrad

Domov se zvláštním režimem sv. Luisy
Jiráskova 1014, 664 61, Rajhrad
tel.: +420 736 661 824
e-mail: dzr@rajhrad.charita.cz
www.rajhrad.charita.cz

Vyjádření praktického lékaře k žádosti o poskytnutí sociální služby Domova se zvláštním režimem sv. Luisy

(§ 50z.č. 108/2006 Sb.)

Vážený pane doktore, paní doktorko,
obracíme se na Vás s žádostí o Vaše vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele o službu v Domově se zvláštním režimem sv. Luisy. Vaše vyjádření je součástí žádosti o zařazení do služby Domova se zvláštním režimem.

Naše služba je určena lidem se sníženou soběstačností, kteří vyžadují celodenní pomoc druhé osoby z důvodu onemocnění demencí (např. Alzheimerovy choroby či demence jiného typu). A tuto situaci již není možné řešit ani za pomoci rodiny či terénních sociálních služeb.

Prosíme o vyplnění následujících údajů i vzhledem k tomu, že naše služba je poskytována v pobytovém zařízení kolektivně a klient může být ubytován na dvoulůžkovém pokoji.
Děkujeme za Váš čas,

Jméno, příjmení, titul žadatele: ……

Datum narození: ……. Zdravotní pojišťovna:……

Aktuální zdravotní stav:

Diagnózy (především s ohledem na doporučení pobytu v sociální službě se zvláštním režimem)

Duševní stav (včetně ev. duševní poruchy, jejichž projevy by narušovaly kolektivní soužití. Uveďte, jaké projevy se u žadatele objevují (např. agresivita, noční aktivita apod.):

a) demence (uveďte typ, stádium demence a její projevy):

b) psychotická onemocnění (specifikujte projevy onemocnění, obtíže):

Domov se zvláštním režimem sv. Luisy
Jiráskova 1014, 664 61, Rajhrad
tel.: +420 736 661 824
e-mail: dzr@rajhrad.charita.cz
www.rajhrad.charita.cz

c) deprese (popište projevy a způsoby léčby):

d) agresivita (specifikujte blíže její podobu, intenzitu, frekvenci a co je potřeba ke zvládnutí této agrese)

e) jiná závažná sdělení:

Medikace: (přesný rozpis léků):

Alergie:

Stav kůže: (dekubity, otlaky, puchýře, opruzeniny):

Je zájemce pod dohledem specializovaného oddělení nebo poradny? (uveďte jaké):

<u>Zákonné důvody, které mohou být důvodem k neuzavření smlouvy:</u>

a) vyžaduje zdravotní stav zájemce trvalou odbornou péči ve zdravotnickém zařízení?
ANO – NE

b) Trpí zájemce akutním infekčním onemocněném, pro něž není schopen pobytu v kolektivním zařízení sociální služeb?
ANO – NE

c) Je zájemce aktuálně závislý na návykových látkách?
ANO – NE

**) nehodící se škrtněte*

Datum, razítko a podpis lékaře: ……