



DOMOV PRO SENIORY POD SKALKOU
Skalecké náměstí 500, 252 10 Mníšek pod Brdy
www.dsmnisekpodbrdy.cz

IČ: 47002654
Tel.: 318 591 381
Fax: 318 592 792
e-mail: info@dsmnisekpodbrdy.cz

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVĚ PRO SENIORY POD SKALKOU

Jméno a příjmení žadatele:

Datum a místo narození:

Trvalé bydliště:

Telefon: E-mail:

Přiznaný příspěvek na péči*: ano ne v žádosti

Zákonný zástupce (je-li žadatel omezen či zbaven způsobilosti k právním úkonům):

Jméno a příjmení:

Adresa:

Rozhodnutím soudu v: Ze dne: Č.j.:

Kontaktní osoba:

Uveďte kontakt, kdo má být informován v případě domlouvání sociálního šetření, nástupu do Domova apod.

- a) Sám žadatel
- b) Jiná osoba (např. syn, dcera, jiný příbuzný apod.)

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon: E-mail:

Žádám o poskytnutí sociální služby: ihned do budoucna

K vyplněné a podepsané žádosti doložte řádně vyplněné:

1. Žádost o poskytnutí sociální služby v Domově pro seniory Pod Skalkou
2. Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu zájemce o poskytnutí sociální služby (Příloha č. 1) – toto vyjádření vyplňuje ošetřující lékař, doplněné o případné propouštěcí zprávy z hospitalizace v nemocnici, zprávy od odborných lékařů (psychiatrie).

Sociální šetření (vyplňuje Domov po dohodě s žadatelem)

datum: místo:

Sociální šetření proběhne do 30 dnů od podání žádosti a je nedílnou součástí pro posuzování žádosti.

V případě, že nástup žadatele neproběhne do 6 měsíců od podání žádosti, bude potřeba:

1. Dodat aktuální vyjádření ošetřujícího lékaře a odborného lékaře (psychiatrie)
2. Dojde znovu k přehodnocení žádosti a novému sociálnímu šetření

NEDODÁNÍ POŽADOVANÝCH DOKUMENTŮ NEBO JEJICH NEÚPLNÉ VYPLNĚNÍ MŮŽE BÝT DŮVODEM K NEPŘIJETÍ ŽÁDOSTI.

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti uvedl/a pravdivě. Dále beru na vědomí, že poskytnuté osobní údaje budou sloužit jen pro plnění této žádosti.

Datum a místo:

.....

Podpis žadatele nebo zákonného zástupce

Příloha č. 1: Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu zájemce o poskytnutí sociální služby

* nepovinný údaj



DOMOV PRO SENIORY POD SKALKOU
Skalecké náměstí 500, 252 10 Mníšek pod Brdy
www.dsmnisekpodbrdy.cz

IČ: 47002654
Tel.: 318 591 381
Fax: 318 592 792
e-mail: info@dsmnisekpodbrdy.cz

Příloha č. 1

VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ZÁJEMCE O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Jméno a příjmení:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Trvalé bydliště:

Kontakt na ošetřujícího lékaře:

Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

Diagnóza (česky):

Hlavní:

Ostatní choroby nebo chorobné stavy:

Objektivní nález:

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

Diabetes mellitus*:	ne	na dietě	PAD	inzulinoterapie
----------------------------	----	----------	-----	-----------------

Maligní onemocnění:

Terminální stadium*:	ano	ne
----------------------	-----	----

Demence*:	ne	lehká	střední	těžká
------------------	----	-------	---------	-------

Alzheimerova demence*:	ne	lehká	střední	těžká
-------------------------------	----	-------	---------	-------

Nutná péče o*:	permanentní katetr	kolostomii
-----------------------	--------------------	------------

Dispenzarizace*:	diabetologie	kardiologie	urologie
	gastroenterologie	psychiatrie	kožní
	hemodialýza	jiné (vypište)	

Doložení výpisem z karty.

Psychický stav*:	orientovaný	desorientace – částečná, úplná	
	depresivní stavy	abusus alkoholu	jiná závislost (vypište)

Popis RTG plic (nesmí být starší 1 roku):

Aplikace TAT + jiná očkování (kdy naposledy):

Slepota*:	ne	ano	zhoršené vidění	zbytky zraku
------------------	----	-----	-----------------	--------------

Hluchota*:	ne	ano	nedoslýchá	zbytky sluchu
-------------------	----	-----	------------	---------------

Inkontinence*:

Moče:	ne	částečná	úplná
-------	----	----------	-------

Stolice:	ne	částečná	úplná
----------	----	----------	-------

Chůze*:	samostatná	s pomocí druhé osoby	s pomocí pomůcek
----------------	------------	----------------------	------------------

Pohyb na vozíku*:	samostatný	s pomocí
--------------------------	------------	----------

Sedící na lůžku*:	samostatně	s oporou
--------------------------	------------	----------

Ležící*:	trvale	s pohybem	bez pohybu
-----------------	--------	-----------	------------

Sebeobslužnost:	úplná	částečná	s pomocí druhé osoby
------------------------	-------	----------	----------------------

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Schopen/a kolektivního soužití*:	ano	ne
---	-----	----

Poznámky:

Datum a místo:.....

.....
Podpis a razítko ošetřujícího lékaře

* nehodící se škrtněte