



**DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI:** (proč žádáte o umístění v domově pro seniory, s jakými činnostmi potřebujete pomoci, co od naší služby očekáváte)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Prohlášení žadatele nebo osoby, která jej zastupuje:***

1. Žadatel prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.
2. Žadatel bere na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti o přijetí (vyjádření lékaře, poštovné) si hradí ze svých prostředků.
3. Žadatel bere na vědomí, že veškeré změny, které mají vliv na poskytování pobytové sociální služby, neprodleně oznámí poskytovateli.
4. Žadatel je povinen minimálně 1x ročně kontaktovat poskytovatele a tím žádost aktualizovat.
5. Žadatel, v souladu s nařízením EP a Rady (EU) č. 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů, souhlasí se zpracováním svých osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném k vyřízení předmětné žádosti.
6. Tato žádost je evidována organizací po dobu 3 let.

V ....., dne .....

**Vlastnoruční podpis žadatele:** .....

**Podpis zmocněnce nebo opatrovníka:** .....

(jako přílohu žádosti doložte prosím kopii plné moci nebo rozhodnutí soudu o omezení ve způsobilosti k právním úkonům)

*Vyplněnou Žádost o přijetí do domova pro seniory SLEZSKÉ HUMANITY, obecně prospěšné společnosti doručte na adresu uvedenou v záhlaví žádosti.*

**Pokud do 14-ti dnů od zaslání žádosti nebo jejího předání pověřeným osobám neobdržíte vyrozumění o nezařazení žádosti do seznamu žadatelů, můžete považovat tuto žádost za přijatou a zařazenou do naší evidence!!!**

*Nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu.*

\* Prosím zatrhněte



**SLEZSKÁ HUMANITA, obecně prospěšná společnost**  
Sokolovská 1761, 735 06 Karviná – Nové Město  
IČ 42864917

## **Vyjádření lékaře o zdravotním stavu**

(Příloha k žádosti o přijetí do domova pro seniory SLEZSKÉ HUMANITY, obecně prospěšné společnosti)

**Příjmení a jméno žadatele:** .....

**Datum narození** ..... **Pojišťovna:** .....

**Osobní anamnéza, diagnózy:** .....

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

**Duševní stav:** (orientovanost, projevy narušující kolektivní soužití, agresivita a další) .....

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

**Současná terapie:** (vypište veškerou medikaci, včetně dávkování) .....

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

**Dieta:** .....

- racionální\*
- diabetická\*
- jiná – jaká: .....
- PEG
- sonda

\* Prosím zatrhněte

## **DŮLEŽITÉ ÚDAJE:**

Stav pokožky, defekty, převazy: .....

Dekubity: .....

Vyšetření MRSA – datum: ..... výsledek: .....

Tělesná hmotnost: ..... TK: .....

Alergie:  ano – jaká: .....  ne

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění:  ano – jaké: .....  ne

Potřebuje zvláštní péči\*:  ano – jakou (stomie, perm. katetr, nefrostomie): .....  ne

Návykové látky\*:  žádné  kouření  alkohol  jiné - .....

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ\*:  ano – jakého: .....  ne

(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, diabetologického, kardiologického, urologického)

Pohybuje se\*:  samostatně  s pomocí jiné osoby/kompenzační pomůcky  imobilní

Inkontinence\*:  moč  moč i stolice  občas  trvale

Je schopen se sám obsloužit\*:  ano  ne

Zrak\*:  normální  zhoršený  zbytky zraku  nevidomost

Sluch\*:  normální  zhoršený  zbytky sluchu  hluchota

Používá kompenzační pomůcky\*:  invalidní vozík  chodítka  hole  
 brýle  naslouchadlo  jiné: .....

Je schopen se vlastnoručně podepsat\*:  ano  ne

Je schopen porozumět mluvenému slovu\*:  ano  ne

**Klient je přizpůsobivý a jeho umístění do domova pro seniory je vhodné\*:**  ano  ne

Dle vyhlášky č.505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení Zákona č.108/2006Sb. o sociálních službách, §36 poskytnutí pobytové služby **se vylučuje**, jestliže:

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízeních sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci nebo
- c) chování osoby by z důvodů duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

V ....., dne .....

**Razítko a podpis ošetřujícího lékaře:** .....

\* Prosím zatrhněte