

Nemocnice Volyně s.r.o.

Husova 401, Volyně, PSČ 387 01

Tel. +420 383 372 864 , IČO : 25155946

kontakty:

Mgr. Alena Doulová DiS., tel. 383 372 864, email: doulova@volynskalecebna.cz

Žádost o poskytnutí sociální služby dle § 52 z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve zdravotnickém zařízení

Došlo dne

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	Rodné číslo:
Rodinný stav:	Státní příslušnost:
Rodné příjmení:	Občanský průkaz:
Místo narození:	Okres:

Trvalé bydliště:
PSČ:

Podána žádost do domova seniorů:	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Do kterého, adresa:		
Datum podání:		

Praktický lékař:
Adresa:

Navrhující lékař:	
Název a adresa poskytovatele:	
Hospitalizace od:	
Diagnóza hlavní:	
Diagnózy ostatní a jiná lékařská sdělení:	

Současná terapie:

Pohyblivost:

- samostatný s pomocí ležící invalidní vozík
- hole
 chodítko
 osoba

Zákonný zástupce (opatrovník), je li žadatel(ka) dotčen(a) ve způsobilosti k právním úkonům (nutno doložit usnesení soudu, který ve věci rozhodl – listina o ustanovení opatrovníka)

Jméno a příjmení	
Trvalé bydliště	
Adresa pro doručování	
Rozsudek soudu v ze dne:	

Osoby blízké žadateli (manželka, rodiče, děti, vnuci, zeť, snacha)

Jméno a příjmení	příbuzenský poměr	datum narození	telefon	adresa

Příjmy žadatele:		
Důchod	druh:	ve výši měsíčně:
Příspěvek na péči	přiznán od:	ve výši měsíčně:
Adresa úřadu, který příspěvek vyplácí:		
Jiný příjem žadatele:		
(z pozemku, budov, pronájmu, pojištění)	měsíčně (ročně) v Kč	Od koho:

Čím žadatel odůvodňuje nutnost umístění v zařízení:

Co od zařízení očekává:

Další ujednání – upozornění a souhlas žadatele:

1. Beru na vědomí, že podle § 106 odst. 5 zákona č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení v platném znění, jsem povinen(a) do 8 dnů písemně ohlásit změny týkající se rodinných poměrů, změny bydliště, čísla telefonu, důchodu, příspěvku na péči, změn výše sociálních dávek atd. na výše uvedenou adresu poskytovatele.

2. Souhlasím s poskytnutím osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a rodného čísla podle zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných čísel ve znění pozdějších předpisů do registru Nemocnice Volyně s.r.o.

3. Souhlasím s focením a zveřejněním fotografií pro reprezentaci zařízení

ano

ne

4. **V zájmu našich klientů není vhodné mít u sebe vyšší hotovost než 200 Kč, zařízení není schopno ručit za ztrátu!** Vyšší hotovost je uložena v pokladně zařízení a přehled o financích je veden na vlastním účtu klienta (depozitu) zdarma. Za cennosti (předměty ze žlutého kovu), které má klient u sebe si ručí sám, nebo je možnost si je uložit do bezpečnostní schránky v zařízení (vkladní knížky apod.) zdarma.

Předávávání finančních prostředků a cenností provádí pověřený pracovník dle vnitřního předpisu Nemocnice Volyně, s.r.o, který vede řádnou evidenci v pokladní knize a na osobních účtech klientů.

5. Důvody pro odmítnutí žadatele

- a) zařízení neposkytuje služby, o které žadatel žádá
- b) zařízení nemá volnou kapacitu – zařazení do pořadníku
- c) žadatel nespadá do cílové skupiny
- d) zdravotní stav žadatele vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení
- e) žadatel má akutní infekční onemocnění
- f) žadatel je závislý na návykových látkách
- g) chování žadatele by závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- h) žadatel by umístěním v zařízení pouze řešil nepříznivou sociální situaci (rodinnou, bytovou atd.) a je jinak duševně i fyzicky zdrav a nepotřebuje pomoc dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

Přílohy – nutné doložit nejpozději v den nástupu do zařízení

- Kopie posledního důchodového výměru
- Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- Kopie rozhodnutí soudu o zbavení způsobilosti k právním úkonům a listinu o ustanovení opatrovníka

Seznam nezbytných osobních věcí klienta v den přijetí

• Občanský průkaz a průkaz zdravotní pojišťovny

Vyplněný dotazník – příloha k žádosti – lze vyplnit v den nástupu se sociální pracovnící

- Léky, které užívá pravidelně či dlouhodobě (na krevní tlak, dýchání, srdce, cukrovku, spaní...) pokud má doma
- Kompenzační pomůcky (hůlka, chodítka, vozík, WC křeslo apod.) pokud je má a používal doma
- Jednorázové pomůcky pro inkontinentní klienty (plenky) pokud je má doma

• Ošacení:

- trička s krátkým a dlouhým rukávem cca 6 ks
- tepláky či domácí kalhoty cca 5 ks
- propínací svetr nebo mikinu cca 3 ks
- spodní prádlo dle uvážení
- ponožky, kapesníky
- noční košile, pyžama cca 5 ks u inkontinentních více
- župan
- vhodnou domácí obuv
- ručníky a žínky dle uvážení
- dále dle toho co byl klient zvyklý nosit doma
- doporučujeme – 1 x svátečnější oblečení pro slavnostnější příležitosti, případně na vycházku (i obuv)

Dále je možné si přinést: vlastní ložní prádlo, deku, polštářek, drobné předměty z domova, fotografie, rádio, obrázky

• Hygienické potřeby (na měsíc)

- tekuté mýdlo, šampon, potřeby na čištění chrupu (i umělého), krém na obličej a tělo pokud používá, hřeben, muží – holení!

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody nebo i propuštění ze zařízení.

Místo:

dne:

Vlastnoruční podpis žadatele / zákonného zástupce

Dotazník

Jméno a příjmení:

Oslovování:

Osoby učené klientem:

Poskytovat informace o zdravotním stavu a nahlížet do dokumentace, smí v tomto pořadí :
1.
2.
3.
4.

Poskytnout souhlas s akutní hospitalizací, pokud toho nebudu schopen (zástupný souhlas s hospitalizací) smí v tomto pořadí:
1.
2.
3.
4.

Dříve vyslovené přání (platí pouze pro naše zařízení):

Individuální plán klienta (přání, cíl, kterého by ještě chtěl dosáhnout, popište vlastními slovy, co očekáváte od zařízení):

A) Zajištění chůze , pohybu (doprava na invalidním vozíku)

- a) ano
- b) ne
- c) částečně.....(jakou)

B) Způsob stravování

- a) samostatně - příborem, - lžíce
- b) s pomocí
- c) krmit
- d) jiná.....(jakou)

C) Způsob přijímání tekutin

- a) samostatně
- b) s pomocí
- c) s kontrolou množství tekutin
- d) nabízet (pije málo)
- e) jiné.....(jaké)

D) Vyprazdňování

- a) samostatně
- b) doprovod na toaletu
- c) inkontinence -trvalá -s používáním WC
- d) jiné.....(jaké)

E) Osobní hygiena

- a) samostatně
- b) samostatně + celková koupel s pomocí
- c) s částečnou pomocí
- d) všestranná pomoc
- e) jiná.....

F) Úklid

- a) osobní věci si uklidím sám
- b) potřebuji pomoc, umožním personálu pod mým dohledem uklízet všechny skříňky a stolek, které používám
- c) jiné.....

G) Drobné nákupy a služby se zajišťují každý čtvrtek na přání klienta

- a) ano
- b) ne

H) Praní osobního prádla

- a) prát rodina
- b) prát zařízení

CH) Označení osobního prádla

- a) označím sám
- b) označí rodina, přátelé
- c) označí personál zařízení

I) Vyřizování úředních záležitostí

- a) sám
- b) za pomoci rodiny a přátel
- c) potřebuji pomoc
- d) potřebuji pomoc, a přeji si, aby rodina byla informována

J) Přijímání korespondence

- a) osobně od zmocněnce pro přebírání korespondence nebo poštovního doručovatele
- b) přeji si, aby mi poštu přinesla na pokoj zdravotně-sociální pracovnice

K) Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti

- a) ano, chci se účastnit
- b) ne, nechci se účastnit

L) Ostatní služby

- a) kadeřnice.....ano.....ne
- b) pedikúra.....ano.....ne
- c) odběr novin a časopisů.....ano.....ne.....občas

M) Jídlo, které nemám rád nebo z nějakého důvodu nejím:

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

N) Co by Vám nejvíce vadilo u spolubydlícího na pokoji

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

O) Jak nejraději trávíte svůj volný čas , koníčky

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

P) Jiné informace, které nám o sobě chcete sdělit

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

P) Vaše představa o sociální službě

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

Adresy odborných lékařů, které pravidelně navštěvujete
(zubař, neurolog, ortoped, psychiatr)

Jméno	Adresa

Dne.....

Podpis žadatele (zákonného zástupce)

Spolupracující osoba.....