**Žádost o přijetí do sociální pobytové služby**

Areál II – Sociální a odlehčovací pobytová služba

**Sociální lůžka (IČ 6744380)**

**Odlehčovací pobytová služba (IČ 6315656)**

*(výše uvedené nevyplňujte, o vhodnosti služby rozhoduje sociální pracovník)*

Jméno a příjmení (i rodné) žadatele: Mrázová Libuše

Datum narození: 13. 9. 1943…………………………………………………. číslo ZP: 111

Trvalé bydliště: Pečice 39, 262 31 Milín

Státní příslušnost: Česká………………………….. číslo OP:

Zákonný zástupce (při omezení svéprávnosti doložit kopii usnesení soudu nebo plnou moc):

**Praktický lékař žadatele**\*:

žadatel žádá o přijetí z domácí péče

žadatel je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení (doplňte-název, oddělení, kontakt)

Do jakých domovů pro seniory jsou podané žádosti:

**Plánovaný pobyt od – do:** 21. 3. 23 – 22. 5. 23

**Rodinný stav\*:**

svobodný(á)  ženatý/vdaná  rozvedený(á)  ovdovělý(á) druh/družka

**Aktuálně žadatel žije\*:**

sám  s rodinou  v jiném sociálním zařízení

**Příjem žadatele\*:**

starobní důchod  invalidní důchod  vdovský důchod *Jiný (uveďte):* …………….

Celková výše příjmu: ……………

**Příspěvek na péči (PnP) \* vždy dokládá kopií rozhodnutím:**

pobírá (doložit kopii) – doplňte výši ………….  nepobírá  žádost podána dne: zažádáno 2/2023……..

Poskytovatel pomoci (pokud byl PnP přiznán):

**Kontakt na osoby blízké (jméno – vztah – adresa – telefon – mail):**

Dne: Podpis žadatele: …

Součástí žádosti je lékařská zpráva.

*\*zakřížkujte správné tvrzení, případně doplňte*

**lékařská zpráva**

**k Žádosti o přijetí do sociální Pobytové služby**

**Areál II – Sociální a odlehčovací pobytová služba**

Podbrdská 269, příbram V, tel. 318654 708, 318 654 140, 725 572 321

Jméno a příjmení žadatele:

Rodné číslo: číslo ZP:

Trvalé bydliště:

*Vyplní praktický lékař žadatele (pokud žadatel žádá z domova) nebo ošetřující lékař žadatele (pokud žadatel žádá ze zdravotnického zařízení).*

**Anamnéza (osobní + případné diagnózy, rodinná, pracovní):**

|  |
| --- |
|  |

**Objektivní nález:**

|  |
| --- |
|  |

**Dieta a alergie:**

|  |
| --- |
|  |

**Užívané léky a dávkování:**

|  |
| --- |
|  |

**Mobilita\*:**

mobilní  chůze s oporou  stoj  polohuje se sám(a)  imobilní

*Popř. upřesněte*:

**Výkon fyziologické potřeby\*:**

WC  inkontinentní pomůcky PMK  toaletní křeslo  moč. lahev

*Popř. upřesněte*:

**Orientace (místem, časem, osobou):**

je orientovaný(á) není orientovaný(á) částečně orientovaný(á)

*Popř. upřesněte v jakých směrech*:

**Komunikace (porozumění mluvenému, psanému slovu, vč. zrak. a sluch. omezení)\*:**

bez omezení hůře slyší hůře vidí nekomunikuje

*Popř. upřesněte*:

**Příjem potravy a tekutin\*:**

sám(a) s pomocí výživová sonda pouze se sám napije

*Popř. upřesněte*:

**Tělesná hygiena\*:**

sám(a) - horní, dolní polovina těla s pomocí - horní, dolní polovina těla nezvládá

*Popř. upřesněte:*  .

**Oblékání a obouvání\*:**

sám(a) - horní, dolní polovina těla s pomocí - horní, dolní polovina těla nezvládá

*Popř. upřesněte:*  .

**Spolupracuje s druhými osobami\*:**

ano ne občas

*Popř. upřesněte*:

**Jiná specifika např. dieta:**

Defekty kůže, dekubity (místo, rozsah):

Kompenzační pomůcky (zubní protéza, chodítko, brýle atd.):

.

Uveďte, u kterých lékařů – specialistů je žadatel dispenzarizován:

V případě přeložení pacienta z jiného zdravotnického zařízení důvod jeho hospitalizace:

Toho času **nejsou** u žadatele známky psychiatrického onemocnění, není indikace k umístění v psychiatrické léčebně a jeho chování **nenarušuje** závažným způsobem kolektivní soužití.

Žadatel **nejeví** známky výrazného neklidu, které by vyžadovalo umístění do sociálního zařízení se zvláštním režimem.

Žadatel **nejeví** známky akutního infekčního onemocnění a jeho stav nevyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

Jiná důležitá sdělení:

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*zakřížkujte správné tvrzení, případně doplňte*