**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*