



## ŽÁDOST PRO ZÁJEMCE O DENNÍ STACIONÁŘ

Doručovací razítko:

Datum přijetí žádosti:

Požadovaná  
lokalita:

Zruč nad Sázavou

Unhošť

### Údaje o zájemci o sociální službu

Jméno, příjmení, titul: .....

Datum narození: .....

Trvalé bydliště: .....

Kontakt: .....

### Jste omezen ve svéprávnosti? (zatrhněte)

- NE, jsem bez omezení
- ANO, jsem omezen ve svéprávnosti

V případě, že zaškrtnete ANO, doložte kopii soudního rozsudku.

Jméno a příjmení opatrovníka nebo blízké osoby, která Vám pomáhá s vyřizováním žádosti:

.....tel.: .....

Adresa kontaktní osoby:.....

Vaše očekávání od služby, čím vám můžeme být nápomocní:

.....

.....

.....

Popište nám časové rozmezí využívání služby denního stacionáře:

.....  
.....

Jaký stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby – příspěvku na péči Vám byl přiznán?

- I. stupeň
- II. stupeň
- III. stupeň
- IV. Stupeň

Jste nějakým způsobem omezen/a v pohybu?

- Ne
- Ano Používám kompenzační pomůcky – jaké (inv. vozík, fr. hole, chodítko)

.....

Péče o vlastní osobu

Oblékání  samostatně  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí

Stravování  samostatně  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí

Osobní hygiena  samostatně  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí

Využití WC  samostatně  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí

Orientace v prostoru  samostatně  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí

Orientace venku  samostatně  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí

Zájmy a koníčky (napište nám, co rádi a neradi děláte)

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

Souhlas se zpracováním a shromažďováním výše uvedených osobních a citlivých údajů:

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. v platném znění, souhlasím se zpracováním, shromažďováním a uchováváním osobních údajů, týkajících se mé osoby a osob uvedených v žádosti, které jsou nutné k evidenci a realizaci služeb Denního stacionáře v době poskytování služeb a následně po dobu 5 let po ukončení smlouvy.

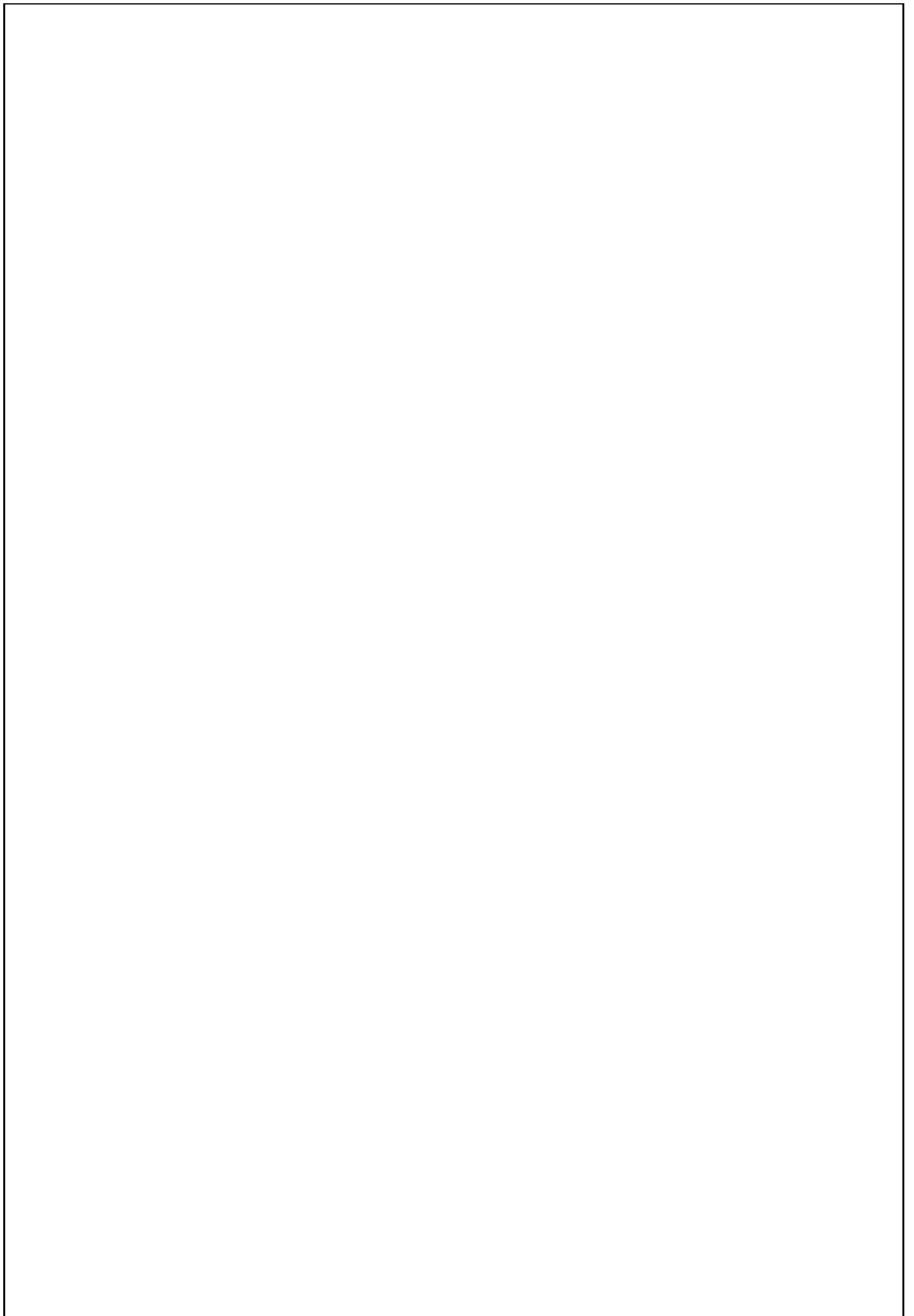
Tyto údaje jsou podkladem pro sepsání smlouvy o poskytování služeb dle zákona č.108/2006 Sb.

K osobním údajům mají přístup pouze zaměstnanci stacionáře a studenti odborné praxe (s Vaším souhlasem). Tyto osoby jsou vázány mlčenlivostí. V případě vyžádání osobních údajů třetí osobou, je vždy požadován písemný souhlas klienta.

V ..... dne .....

.....

Podpis zájemce / opatrovníka





V.	<u>Přehled diagnóz:</u>	
----	-------------------------	--

VI.	<u>Medikace:</u>
-----	------------------

VII.	<u>Inkontinence:</u> Stupeň inkontinence-uveďte: <input type="checkbox"/> močová – den / n o c <input type="checkbox"/> stolice – den / noc Typ pomůcky: vložka – vložná plena – natahovací kalhotky – lepící kalhotky Název pomůcky:
------	--

	Dne ..... ..... vlastnoruční podpis lékaře
--	--

# LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Evidenční číslo posudku:

**Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek:**

**Adresa** sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

**IČO:**

**Jméno**, popřípadě jména, a **příjmení posuzované osoby:**

**Datum narození:**

**Adresa trvalého pobytu**, popřípadě místo pobytu na území ČR (jde-li o cizince):

## Účel (důvod) vydání posudku:

Posouzení zdravotního stavu pro účely poskytnutí pobytové sociální služby v souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

V souladu s § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,

ve znění pozdějších předpisů, se poskytnutí pobytové sociální služby vylučuje, jestliže: a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

## Posudkový závěr:

### Zdravotní stav posuzované osoby

- a) splňuje předpoklady nebo požadavky, ke kterým byla posuzována
- b) nesplňuje předpoklady nebo požadavky, ke kterým byla posuzována a to z důvodu:
- zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci
- chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití \*)

\*) nerelevantní u služby DZR

**Poučení: Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Práva na přezkoumání lékařského posudku se lze vzdát. Písemné prohlášení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku nebo záznam o ústním sdělení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku je součástí zdravotnické dokumentace.**

**Datum vydání lékařského posudku:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Jméno, příjmení a podpis lékaře,  
razítko poskytovatele zdravotních služeb**

(registrující praktický lékař v oboru všeobecné praktické lékařství nebo není-li, pak jiný praktický lékař)

Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou:

dne .....

\_\_\_\_\_

**podpis posuzované osoby**



**Vyjádření psychiatra o zdravotním stavu žadatele  
k přijetí do sociální služby**

<b>I.</b>	<u>Žadatel /-ka:</u>  Narozen/a:  Bydliště:	<u>Rodné číslo:</u>  <u>Zdravotní pojišťovna:</u>
<b>II.</b>	<u>Hlavní psychiatrická diagnóza:</u>	
<b>III.</b>	<u>Jiná duševní porucha či onemocnění:</u>	
<b>IV.</b>	<u>Přehled psychiatrické hospitalizace:</u>	
<b>V.</b>	<u>Medikace:</u>	
<b>VI.</b>	<u>Projevy agrese:</u>	
	<u>Alkoholismus:</u>	
	Dne .....	..... vlastnoruční podpis lékaře