



## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Doručovací razítko:

Datum přijetí žádosti:

<b>Název zařízení:</b>	Centrin CZ s.r.o. – poskytovatel sociálních služeb	
<b>Požadovaná lokalita:</b>	<input type="checkbox"/> Zruč nad Sázavou	<input type="checkbox"/> Unhošť
Jméno a příjmení žadatele:		
Rodné příjmení žadatelky:		
Datum narození:		
Adresa trvalého bydliště, včetně PSČ:		
Telefon:		

### Žádám o pobytovou odlehčovací službu v termínu:

Od:	Do:
-----	-----

Uveďte důvod žádosti o odlehčovací službu a v čem by Vám měla pomoci.

.....

.....

**Zruč nad Sázavou**  
náměstí Míru 597, PSČ: 285 22  
petra.najbertova@centrin.cz  
tel. 724 372 114

**Unhošť**  
Tyršovo nám. 211, PSČ 273 51  
pavlina.rubinova@centrin.cz  
tel. 725 928 495

## INFORMACE O ZPRACOVÁVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Jméno a příjmení žadatele	
Datum nar.	
Bydliště	
Zástupce (např. opatrovník)	

**Žadatel** o umístění do zařízení poskytovatele sociálních služeb Centrin CZ s.r.o., se sídlem Mirošovice, Na Výsluní 282, PSČ 251 66 nebo jeho zástupce, podpisem tohoto dokumentu **bere na vědomí**, že při vyřizování jeho žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb **dochází ke zpracování jeho osobních údajů**, které v žádosti uvedl, a to v rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po dobu čekání na uvolnění kapacity.

**Zákonnost zpracování**

Zpracování je prováděno na základě plnění právních povinností a na základě nezbytnosti takového zpracování ke splnění úkolů ve veřejném zájmu, tedy zajištění poskytování služeb sociální péče.

**Povinnost poskytnout osobní údaje**

Žadatel, nebo jeho zástupce, je srozuměn s tím, že pokud by se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu nesouhlasil, řízení o žádosti by nemohlo proběhnout a s žadatelem by tak nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí služby sociální péče. V tomto smyslu je tedy poskytnutí osobních údajů povinné.

**Práva žadatele související se zpracováním**

- má právo žádat o informace o kategoriích zpracovávaných osobních údajů, účelu, době a povaze zpracování a o příjemcích osobních údajů;
- má právo požádat o poskytnutí kopie zpracovávaných osobních údajů;
- má právo požádat při naplnění podmínek stanovených relevantními právními předpisy, aby osobní údaje byly opraveny, doplněny nebo vymazány, případně jejich zpracování omezeno;
- má právo vznést námitku proti zpracování osobních údajů a právo podat stížnost u dozorového úřadu;
- má právo být informován o případech porušení zabezpečení osobních údajů a to tehdy, pokud je pravděpodobné, že daný případ porušení bude mít za následek vysoké riziko pro jeho práva a svobody.

**Bližší informace** jsou zveřejněny na webových stránkách: [www.centrin.cz](http://www.centrin.cz).

**Prohlášení žadatele nebo jeho zástupce**

Prohlašuji, že uvedeným informacím jsem plně porozuměl a **považuji poučení mé osoby za dostatečné**.

V případě, že tento dokument podepisuji v zastoupení žadatele, **prohlašuji**, že s jeho obsahem a důsledky pro jeho práva a povinnosti byl přiměřeným způsobem, tedy jasně, srozumitelně a za použití jednoduchých jazykových prostředků, **seznámen i samotný žadatel**.

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

.....

Podpis žadatele (zástupce)

Zruč nad Sázavou  
náměstí Míru 597, PSČ: 285 22  
petra.najbertova@centrin.cz  
tel. 724 372 114

Unhošť  
Tyršovo nám. 211, PSČ 273 51  
pavlina.rubinova@centrin.cz  
tel. 725 928 495

## SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Jméno a příjmení kontaktní osoby	
Datum narození	
Bydliště	
Jméno a příjmení klienta	

**Kontaktní osoba** tímto dobrovolně uděluje svůj kdykoliv odvolatelný souhlas se zpracováním osobních údajů poskytovatelem sociálních služeb Centrin CZ s.r.o., se sídlem Mirošovice, Na Výsluní 282, PSČ 251 66, a to v následujícím rozsahu a pro uvedené účely:

**Souhlasím** s evidováním a používáním mých osobních údajů (**jméno, příjmení, emailová adresa, telefonní číslo, korespondenční adresa**) za účelem kontaktování mé osoby.

Jsem srozuměn s tím, že **neudělení souhlasu není překážkou** poskytování péče uvedenému klientovi, pokud souhlas neudělím, nebudou uvedené osobní údaje zpracovávány. Ke zpracování na základě tohoto souhlasu bude docházet po dobu **trvání smlouvy** o poskytování služby sociální péče klientovi.

### Práva související se zpracováním

- právo žádat o informace o kategoriích zpracovávaných osobních údajů, účelu, době a povaze zpracování a o příjemcích osobních údajů;
- právo požádat o poskytnutí kopie zpracovávaných osobních údajů;
- právo požádat při naplnění podmínek stanovených relevantními právními předpisy, aby osobní údaje byly opraveny, doplněny nebo vymazány, případně jejich zpracování omezeno;
- právo vznést námitku proti zpracování osobních údajů a právo podat stížnost u dozorového úřadu;
- právo být informován o případech porušení zabezpečení osobních údajů a to tehdy, pokud je pravděpodobné, že daný případ porušení bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody kontaktní osoby.

**Bližší informace** o zpracování osobních údajů za uvedenými účely byly sděleny kontaktní osobě při podpisu tohoto dokumentu.

### Prohlášení kontaktní osoby

Tento můj souhlas zůstává v plném rozsahu v platnosti a účinnosti po dobu trvání smlouvy o poskytování služby sociální péče klientovi. Jsem si vědom toho, že udělení tohoto souhlasu je dobrovolné a mohu ho s účinky do budoucna kdykoliv odvolat.

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

.....  
podpis kontaktní osoby

---

**Zruč nad Sázavou**

náměstí Míru 597, PSČ: 285 22  
petra.najbertova@centrin.cz  
tel. 724 372 114

**Unhošť**

Tyršovo nám. 211, PSČ: 273 51  
pavlina.rubinova@centrin.cz  
tel. 725 928 495

**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, že:

- 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

<b>I.</b>	<u>Žadatel /-ka:</u>  Narozen/a:  Bydliště:	Rodné číslo:  Zdravotní pojišťovna
<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

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY CENTRIN (umístění bez souhlasu žadatele, bez schopnosti jednat)

Jméno a příjmení žadatele \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

Potvrzuje se tímto, že uvedený pacient je těžce zdravotně postiženým, závislým na pomoci jiné osoby, a současně není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen samostatně jednat.

Žadatel – pacient není schopen \*):

<input type="checkbox"/>	podpisu
<input type="checkbox"/>	pochopit rozsah jednání
<input type="checkbox"/>	zastupovat se v jednání
<input type="checkbox"/>	přebírat poštu
<input type="checkbox"/>	řešit právní souvislosti
<input type="checkbox"/>	jiné: _____
<input type="checkbox"/>	s pacientem se nelze dorozumět

\*) prosím, vyberte neschopnost osoby

Neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé situace formou poskytnutí sociální pobytové služby by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo pacientův život nebo by mu hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jeho okolí.

Pacient – žadatel **JE – NENÍ \*) schopen** vyslovit souhlas s tím, že bude pobývat v zařízení sociálních služeb pobytového charakteru.

\*) prosím, vyberte dle skutečnosti

Dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis a razítko ošetřujícího lékaře

*Tento posudek slouží jako podklad pro jednání a sjednání smlouvy o poskytování sociální služby v Domově seniorů Centrin.*



## Vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele

Žádáme o vyplnění tohoto tiskopisu, neboť informace z něj jsou rozhodující při posuzování lékařem DS Centrin, přikládejte lékařské zprávy jen pro doplnění informací. Děkujeme.

<b>I.</b>	<u>Žadatel /-ka:</u>  Narozen/a: _____ Rodné číslo: _____  Zdravotní pojišťovna _____  Bydliště: _____ Výška: _____ Hmotnost: _____
<b>II.</b>	<u>Anamnéza: osobní, rodinná, pracovní</u>
<b>III.</b>	<u>Objektivní nález:</u>
<b>IV.</b>	<u>Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)</u>  Alkoholismus: ANO - NE* Agresivita: ANO - NE* Kouření: ANO - NE* Návykové látky: ANO - NE* Alergie – vypište: _____  (* nehodící škrtněte)
<b>V.</b>	<u>Přehled diagnóz:</u>

<b>VI.</b>	<u>Medikace:</u>
<b>VII.</b>	<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:
<b>VIII.</b>	<u>Termíny očkování:</u>  <ul style="list-style-type: none"><li>• TAT</li><li>• Engerix</li><li>• Chřipka</li><li>• Pneumo</li></ul> <u>Přehled vyšetření, která jsou potřebná k přijetí do DS Centrin:</u> - krevní odběry, močová sedimentace, výtěry z nosu a krku, event. z rány či dekubitu, v případě kožního onemocnění potvrzení, že se nejedná o přenosnou kožní chorobu.
<b>IX.</b>	<u>Specialisté – uveďte ošetřujícího lékaře, popř. telefonní spojení:</u>  <ul style="list-style-type: none"><li>• Urolog</li><li>• Diabetolog</li><li>• Kardiolog</li><li>• Internista</li><li>• Gynekolog</li><li>• Zubní lékař</li></ul>
	Dne  <div style="text-align: center;">_____</div> <p style="text-align: center;">vlastnoruční podpis lékaře</p>

**Hodnocení závislosti žadatele na péči**

ÚKON	ZVLÁDNE	NEZVLÁDNE	Poznámka
Podávání stravy			
Porcování stravy			
Přijímání stravy			
Dodržování pitného režimu			
Mytí těla			
Koupání nebo sprchování			
Péče o vlasy			
Holení			
Péče o nehty			
Péče o ústa			
Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny			
Schopnost vydržet sedět			
Schopnost vydržet stát			
Přemisťování předmětů denní potřeby			
Chůze po rovině			
Chůze po schodech nahoru dolů			
Výběr oblečení, rozpoznání jeho vrstvení			
Schopnost sám se obléknout			
Schopnost sám si obout a zout obuv			
Provedení si jednoduchého ošetření			
Dodržování léčebného režimu			

**Posouzení soběstačnosti**

ÚKON	ZVLÁDNE	NEZVLÁDNE
Komunikace slovní		
Komunikace písemná		
Komunikace neverbální		
Orientace v přirozeném prostředí		
Orientace mimo přirozené prostředí		
Orientace v čase		
Orientace vůči jiným fyzickým osobám		
Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi		
Obstarání osobních záležitostí		
Uspořádání času, plánování života		
Zapojení do sociálních aktivit odpovídajících věku		
Obstarání si potravin a běžných předmětů (nakupování)		
Vaření, ohřívání si jednoduchého jídla		
Mytí nádobí		
Udržování běžného pořádku v domácnosti, nakládání s odpady		
Péče o prádlo (uložení do skříně, špinavé do špinavého prádla)		

**Žádost o poskytnutí odlehčovací služby**

Přepírání drobného prádla		
Péče o lůžko (stlaní, převléknutí lůžkovin)		
Obsluha běžných domácích spotřebičů		
Manipulace s kohouty a vypínači		
Manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří		

<b>Kompenzační pomůcky</b>	
	Hůl / hole
	Francouzské berle
	Chodítka
	Vozík
	Polohovací lůžko
	Toaletní křeslo
	Nástavec na WC

<b>Ostatní pomůcky</b>	
	Naslouchátko
	Brýle na čtení
	Brýle na dálku
	Zubní protéza
	Jiné:

Pokud máte přiznaný příspěvek na péči, uveďte stupeň závislosti:

**Stupeň příspěvku**

- I.
   
  II.
- III.
   
  IV.

Zde uvádím kontakt na mého blízkého, který mi pomáhá s vyřízením žádosti:

Příjmení, jméno	Příbuzenský vztah	Adresa	Telefon	Email

**Poznámky:**

- vyplňuje žadatel nebo opatrovník
- zakřížkujte správnou odpověď
- pokud je osoba schopna zvládnout některý z úkonů jen částečně, považuje se takový úkon za nezvládnutý

**Doplnění informací:**

.....

.....

.....

**Zruč nad Sázavou**  
 náměstí Míru 597, PSČ: 285 22  
 petra.najbertova@centrin.cz  
 tel. 724 372 114

**Unhošť**  
 Tyršovo nám. 211, PSČ: 273 51  
 pavlina.rubinova@centrin.cz  
 tel. 725 928 495