

## Žádost o poskytování sociální služby v Domově sv. Kateřiny

<b>Datum přijetí žádosti:</b>	<b>Číslo jednací:</b>
<b>Schopnost podpisu: ANO – NE</b>	<b>Svéprávnost: ANO – NE</b>

<b>Žadatel</b>	
Jméno a příjmení:	Titul:
Rodné příjmení:	Stav:
Datum narození:	Místo narození:
Místo trvalého bydliště:	
Aktuální místo pobytu (např. LDN):	
Telefon:	

<b>Kontaktní osoba (příbuzný, osoba blízká, známý)</b>		
1.	Jméno a příjmení	Vztah:
	Adresa:	
	Tel. kontakt:	E-mail:
2.	Jméno a příjmení	Vztah:
	Adresa:	
	Tel. kontakt:	E-mail:

<b>Opatrovník</b> (je-li žadateli ustanoven okresním soudem)	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
Tel. kontakt:	E-mail:

<b>Ošetřující lékař</b>	
Jméno a příjmení:	Telefon:
Adresa:	

Využíváte již nyní pečovatelskou či jinou sociální službu?	ANO – NE
Pobíráte příspěvek na péči?	ANO – NE – V ŘÍZENÍ

### **Důvod podání žádosti**

### **Prohlášení žadatele**

- Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Zároveň se zavazuji k aktualizaci informací sdělených v žádosti.
- Souhlasím s poskytnutím osobních údajů podle zákona č. 110/201 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

---

**Datum**

---

**Podpis žadatele / opatrovníka**

## Vyjádření lékaře

**Jméno:**.....**Příjmení:**.....**Titul:**.....  
**Datum narození:**.....

### **Anamnéza (osobní):**

### **Objektivní nález:**

### **Duševní stav a sociálně patologické rysy osobnosti (např. projevy narušující kolektivní soužití, závislosti):**

- a. Poruchy paměťových a orientačních schopností
- b. Ztráta paměťových schopností
- c. Projevy narušující kolektivní soužití
- d. Poruchy chování
- e. Deprese
- f. Závislost na alkoholu a jiných toxických látkách
- g. Jiné.....

### **Aktuální medikace:**

<b>Posouzení soběstačnosti:</b>			
Schopen chůze bez cizí pomoci	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Je upoután na lůžku	<b>PŘEVÁŽNĚ</b>	<b>TRVALE</b>	
Je schopen sám sebe obsloužit	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Potřebuje lékařské ošetření	<b>OBCAS</b>	<b>TRVALE</b>	
Používá kompenzační pomůcky	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	jaké
<b>Somatické potíže:</b>			
Poruchy kůže	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Inkontinence moči	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Inkontinence stolice	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Poruchy hybnosti	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Pády	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Nestabilita	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Závratě	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Úrazy	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Smyslové postižení	<b>ANO *</b>	<b>NE</b>	* jaké
<b>Typy stravování:</b>			
Poruchy příjmy potravy	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Zavedený PEG	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	
Předepsaná dieta	<b>ANO *</b>	<b>NE</b>	* a) šetrící b) diabetická c) jiná.....
Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení	<b>ANO *</b>	<b>NE</b>	* a) plicní b) neurologické c) psychiatrické d) interní e) protialkoholické f) jiné.....
Potřebuje žadatel zvláštní péči	<b>ANO *</b>	<b>NE</b>	* jakou.....

**Datum**

**Razítko a podpis lékaře**