

BH-Nemocnice Vimperk a.s.
Sídlo: Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1
Doručovací adresa: Pivovarská 158/26, Vimperk, PSČ 385 01

IČO 290 15 839

kontakty:

Bc. Iva Doulová, tel. 388 400 145, 736 670 621,

e-mail: iva.doulova@nemocnicevimperk.cz

Bc. Jana Hanzlíčková tel: 388 400 145, 775 859 310

e-mail: jana.hanzlickova@nemocnicevimperk.cz

**Žádost o poskytnutí sociální služby dle § 48 z.č. 108/2006 Sb., o
sociálních službách**

DOMOV VIMPERK

(domov pro osoby se zdravotním postižením)

Došlo dne

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	Rodné číslo:
Rodinný stav:	Státní příslušnost:
Rodné příjmení:	Občanský průkaz:
Místo narození:	Okres:

Trvalé bydliště:
PSČ:

Zákonný zástupce nebo opatrovník, (nutno doložit usnesení soudu, který ve věci rozhodl)	
Jméno a příjmení	
Trvalé bydliště	
Adresa pro doručování	
Rozhodl soudu v ze dne:	

Osoby blízké žadateli (manželka, rodiče, děti, vnuci, zeť, snacha)

Jméno a příjmení	příbuzenský poměr	telefon	adresa

Příspěvek na péči	přiznán od:	ve výši měsíčně:
Adresa úřadu, který příspěvek vyplácí		

Čím žadatel odůvodňuje nutnost umístění v zařízení:

Co od zařízení očekává:

Vyjádření lékaře:

Název a adresa lékaře:

Hospitalizace od:

Diagnóza hlavní:

Diagnózy ostatní a jiná lékařská sdělení:

Současná terapie:

Pohyblivost:

samostatný

s pomocí

ležící

invalidní vozík

hole

chodítko

osoba

Další ujednání – upozornění a souhlas žadatele:

Důvody pro odmítnutí žadatele

- a) zařízení neposkytuje služby o které žadatel žádá
- b) zařízení nemá volnou kapacitu – zařazení do pořadníku
- c) žadatel nespadá do cílové skupiny
- d) zdravotní stav žadatele vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení
- e) žadatel má akutní infekční onemocnění
- f) žadatel je závislý na návykových látkách
- g) chování žadatele by závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- h) žadatel by umístěním v zařízení pouze řešil nepříznivou sociální situaci (rodinnou, bytovou atd.) a je jinak duševně i fyzicky zdrav a nepotřebuje pomoc dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

Přílohy – nutné doložit nejpozději v den nástupu do zařízení

- Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- Kopie rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a opatrovnictví

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody nebo i propuštění ze zařízení.

Souhlasím se zpracováním a shromažďováním poskytnutých osobních údajů nezbytných pro poskytování sociální služby.

Místo:

dne:

Vlastnoruční podpis žadatele / zákonného zástupce

Seznam nezbytných osobních věcí klienta v den přijetí

- **Občanský průkaz a průkaz zdravotní pojišťovny,**
- **V případě snížené úhrady za sociální službu je nutné doložit příjmy.**
- **Vyplněný dotazník** – příloha k žádosti – lze vyplnit v den nástupu se sociální pracovníkem
- Léky, které užívá pravidelně či dlouhodobě (na krevní tlak, dýchání, srdce, cukrovku, spaní...) pokud je má doma
- Kompenzační pomůcky (hůlka, chodítka, vozík, WC křeslo apod.) pokud je má a používal doma
- Jednorázové pomůcky pro inkontinentní klienty (plenky) pokud je má doma

Ošacení:

- trička s krátkým a dlouhým rukávem cca 6 ks
- tepláky či domácí kalhoty cca 5 ks
- propínací svetr nebo mikinu cca 3 ks
- spodní prádlo dle uvážení
- ponožky, kapesníky
- noční košile, pyžama cca 5 ks u inkontinentních více
- župan
- vhodnou domácí obuv
- ručníky a žínky dle uvážení
- dále dle toho co byl klient zvyklý nosit doma
- doporučujeme – 1 x svátečnější oblečení pro slavnostnější příležitosti, případně na vycházku (i obuv)

Dále je možné si přinést: vlastní ložní prádlo, deku, polštářek, drobné předměty z domova, fotografie, rádio, obrázky

Hygienické potřeby (na měsíc)

- tekuté mýdlo, šampon, potřeby na čištění chrupu (i umělého), krém na obličej a tělo pokud používá, hřeben, muži – holení !

V zájmu našich klientů není vhodné mít u sebe vyšší hotovost než 200 Kč, zařízení není schopno ručit za ztrátu ! Vyšší hotovost je uložena v pokladně zařízení a přehled o financích je veden na vlastním účtu klienta (depozitu) zdarma. Za cennosti (předměty ze žlutého kovu), které má klient u sebe si ručí sám, nebo je možnost si je uložit do bezpečnostní schránky v zařízení (vkladní knížky apod.) zdarma.

Předávání finančních prostředků a cenností provádí pověřený pracovník dle vnitřního předpisu BH Nemocnice a.s., který vede řádnou evidenci v pokladní knize a na osobních účtech klientů.

Dotazník

Jméno a příjmení:

Oslovování:

.....

Osoby učené klientem:

Poskytovat informace o zdravotním stavu a nahlížet do dokumentace, smí v tomto pořadí :
1.
2.
3.
4.

Poskytnout souhlas s akutní hospitalizací, pokud toho nebude schopen (zástupný souhlas s hospitalizací) smí v tomto pořadí:
1.
2.
3.
4.

Dříve vyslovené přání (platí pouze pro naše zařízení):

Individuální plán klienta (přání, cíl, kterého by ještě chtěl dosáhnout, popište vlastními slovy co očekáváte od zařízení):

A) Zajištění chůze , pohybu (doprava na invalidním vozíku)

- a) ano
- b) ne
- c) částečně.....(jakou)

B) Způsob stravování

- a) samostatně -příborem, -lžíce
- b) s pomocí
- c) krmit
- d) jiná.....(jakou)

C) Způsob přijímání tekutin

- a) samostatně
- b) s pomocí
- c) s kontrolou množství tekutin
- d) nabízet (pije málo)
- e) jiné.....(jaké)

D) Vyprazdňování

- a) samostatně
- b) doprovod na toaletu
- c) inkontinence -trvalá -s používáním WC
- d) jiné.....(jaké)

E) Osobní hygiena

- a) samostatně
- b) samostatně + celková koupel s pomocí
- c) s částečnou pomocí
- d) všestranná pomoc
- e) jiná.....

F) Úklid

- a) osobní věci si uklidím sám
- b) potřebuji pomoc, umožním personálu pod mým dohledem uklízet všechny skříňky a stolek, které používám
- c) jiné.....

G) Drobné nákupy a služby se zajišťují každý čtvrtek na přání klienta

- a) ano
- b) ne

H) Praní osobního prádla

- a) prát rodina
- b) prát zařízení

CH) Označení osobního prádla

- a) označím sám
- b) označí rodina, přátelé
- c) označí personál zařízení

D) Vyřizování úředních záležitostí

- a) sám
- b) za pomoci rodiny a přátel
- c) potřebuji pomoc
- d) potřebuji pomoc, a přeji si, aby rodina byla informována

J) Přijímání korespondence

- a) osobně od zmocněnce pro přebírání korespondence nebo poštovního doručovatele
- b) přeji si, aby mi poštu přinesla na pokoj zdravotně-sociální pracovnice

K) Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti

- a) ano, chci se účastnit
- b) ne, nechci se účastnit

L) Ostatní služby

- a) kadeřnice.....ano.....ne
- b) pedikúra.....ano.....ne
- c) odběr novin a časopisů.....ano.....ne.....občas

M) Jídlo, které nemám rád nebo z nějakého důvodu nejím:

.....

.....

.....

N) Co by Vám nejvíce vadilo u spolubydlícího na pokoji

.....

.....

.....

O) Jak nejraději trávíte svůj volný čas , koníčky

.....

.....

.....

P) Jiné informace, které nám o sobě chcete sdělit

.....

.....

.....

P) Vaše představa o sociální službě

.....

.....

.....

Adresy odborných lékařů, které pravidelně navštěvujete
(zubař, neurolog, ortoped, psychiatr)

Jméno	Adresa

Dne.....

Podpis žadatele (zákonného zástupce)

Spolupracující osoba