

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Den přijetí žádosti		Číslo žádosti	
Domov	<input type="checkbox"/> Domov Klášter Mělník <input type="checkbox"/> Domov Zámek Tmaň		
Druh sociální služby	<input type="checkbox"/> Domov pro seniory <input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem		
Údaje o žadateli			
Jméno, příjmení, titul			
Rodné příjmení			
Rodné číslo			Datum narození
Telefon, E-mail:			
Pojišťovna			
Trvalé bydliště			
Přechodné bydliště			
Rodinný stav	<input type="checkbox"/> Svobodná/ý <input type="checkbox"/> Vdaná/ženatý <input type="checkbox"/> Rozvedená/ý <input type="checkbox"/> Vdova/vdovec		
Jsem příjemcem příspěvku na péči	<input type="checkbox"/> I. stupeň <input type="checkbox"/> II. stupeň <input type="checkbox"/> III. stupeň <input type="checkbox"/> IV. stupeň <input type="checkbox"/> jsem bez příspěvku a ani jsem o něj nežádal <input type="checkbox"/> jsem bez příspěvku, ale již jsem o něj požádal		
Jsem držitelem průkazu	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> ZTP <input type="checkbox"/> ZTP/P <input type="checkbox"/> nejsem držitelem průkazu		
Kontaktní osoba, která vyřizuje žádost			
Jméno, příjmení, titul			
Kontaktní adresa			
Telefon, E-mail			
Vztah k žadateli			
Další kontaktní osoby			
Zástupce žadatele (opatrovník, zmocněnec)			
Jméno, příjmení, titul			
Kontaktní adresa			
Telefon, E-mail			
Rozhodnutí soudu ze dne, číslo jednací			

Důvod podání žádosti, Vaše očekávání, přání a cíle:	
OBLAST BYDLENÍ A PÉČE	
Typ ubytování, o který mám zájem	<input type="checkbox"/> jednolůžkový pokoj <input type="checkbox"/> dvojlůžkový pokoj <input type="checkbox"/> třílůžkový pokoj
Dietní omezení	<input type="checkbox"/> ano, jaké:
Občanský průkaz a kartička zdravotní pojišťovny	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> uložím na sesterně na k tomu určené místo a přenechám odpovědnost na Senlife
Listovní zásilky	<input type="checkbox"/> si budu přebírat sám <input type="checkbox"/> pověřím Senlife k převzetí, který mi je neprodleně předá
Úřední záležitosti	<input type="checkbox"/> vyřídím si sám <input type="checkbox"/> vyřídím si s podporou sociální pracovnice <input type="checkbox"/> nezvládnou vyřídit <input type="checkbox"/> jiné, uveďte:
Jsem držitelem průkazu	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> ZTP <input type="checkbox"/> ZTP/P <input type="checkbox"/> nejsem držitelem průkazu
Chůze	<input type="checkbox"/> plně pohyblivá/ý samostatně <input type="checkbox"/> pohyblivá/ý s pomůckou – hůl, berle, chodítka, vozík <input type="checkbox"/> pohyblivá/ý s pomocí druhé osoby a pomůckou <input type="checkbox"/> trvale upoután/a na lůžko
Přijímání stravy	<input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> nezvládám – potřebuji pomoc či dopomoc druhé osoby

Užívání léků	<input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> nezvládám, potřebuji přípravu a podání druhou osobu		
Inzulín (pouze pro diabetiky)	<input type="checkbox"/> si budu aplikovat sám – vše zvládnu <input type="checkbox"/> si po zacvičení chci aplikovat sám <input type="checkbox"/> si nemohu aplikovat sám – potřebuji personál		
Moje recepty	<input type="checkbox"/> mi může zajišťovat vrchní sestra nebo zdravotní sestra <input type="checkbox"/> mi vyzvedne rodina		
Osobní hygiena	<input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> nezvládám – potřebuji pomoc či dopomoc druhé osoby		
Používání zdravotně-hygienických pomůcek (inkontinence)	<input type="checkbox"/> nepoužívám <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> trvale Jaké pomůcky používáte:		
Oblékání	<input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> nezvládám – potřebuji pomoc či dopomoc druhé osoby		
Smysly	Sluch:	<input type="checkbox"/> a) slyším dobře <input type="checkbox"/> b) slyším hůře, nedoslýchám <input type="checkbox"/> c) téměř neslyším	
	Zrak:	<input type="checkbox"/> a) vidím dobře <input type="checkbox"/> b) mám problémy se zrakem <input type="checkbox"/> c) jsem nevidomá/ý	
Orientace	Orientace v přirozeném prostředí:		
	<input type="checkbox"/> plně se orientuji <input type="checkbox"/> s dopomocí <input type="checkbox"/> neorientuji se		
	Orientace časem:		
<input type="checkbox"/> plně se orientuji <input type="checkbox"/> s dopomocí <input type="checkbox"/> neorientuji se			
Orientace osobou:			
<input type="checkbox"/> plně se orientuji <input type="checkbox"/> s dopomocí <input type="checkbox"/> neorientuji se			

Máte zájem o registraci u praktického lékaře Senlife?		<input type="checkbox"/> ano
		<input type="checkbox"/> ne
Informace o ošetřujícím lékaři		
Jméno a příjmení		
Adresa		
Telefon		
E-mail		
Senlife mi doporučil/a:		
Další důležitá sdělení:		

▲ Upozornění:

Při nástupu k pobytu je nutné, aby byl žadatel **vybaven léky a jinými zdravotními pomůckami a potřebami**, které pravidelně užívá, **nejméně na dobu 14 dnů**, případně při nástupu předat vyplněné recepty od lékaře službu konajícímu personálu. Při přechodném pobytu, je potřeba zajistit léky praktickým lékařem klienta při délce pobytu do tří měsíců. Při pobytu přesahujícím lhůtu tří měsíců je možná registrace, a tedy i předepsání léků ošetřujícím lékařem Senlife.

Vyplňoval-li žadatel dotazník společně s další osobou, uveďte jméno a vztah k žadateli:

Předpokládané datum nástupu:

Při pobytu na dobu určitou – předpoklad data ukončení pobytu:

V dne

.....
podpis žadatele/kontaktní osoby/
opatrovníka/osoby blízké