



**Žádost  
o pobytovou odlehčovací službu  
(na adrese Jana Masaryka 34, Praha 2)**

**ŽADATEL**

Jméno a příjmení:		Rodné příjmení:	
Trvalé bydliště:			
Faktické bydliště (vyplňte, pokud se liší od trvalého):			
Datum narození:		Telefon:	
		E-mail:	
<b>Žádám o pobytovou odlehčovací službu v termínu:</b>		<b>od</b>	<b>do</b>
<b>Proč žádáte o sociální službu a v čem by Vám měla pomoci?</b>			
<b>Jak jste doposud řešil/a svou nepříznivou sociální situaci?</b>			



<b>Kontaktní osoby</b>	
Jméno a příjmení:	Telefon:
	E-mail:
Jméno a příjmení:	Telefon:
	E-mail:

**Prohlášení žadatele o souhlasu se zpracováním osobních údajů uvedených v žádosti o pobytovou odlehčovací službu Jana Masaryka 34 v CSS Praha 2**

Prohlašuji, že jsem byl/a, ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, řádně informován(a) o zpracování osobních údajů v souvislosti s pobytem v CSS Praha 2.

Souhlasím, aby CSS Praha 2 zpracovávalo a archivovalo pro účel požadované služby po dobu trvání pobytu a následných 10 let po jeho ukončení moje osobní data vč. informací o zdravotním stavu. Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoliv změnu osobních a zdravotních údajů.

**V Praze dne:** .....

.....

**podpis žadatele**

**Prohlášení blízké osoby žadatele o souhlasu se zpracováním osobních a údajů uvedených v žádosti o pobytovou odlehčovací službu Jana Masaryka 34 v CSS Praha 2**

Prohlašuji, že jsem byl/a, ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, řádně informován(a) o zpracování osobních údajů v souvislosti s žádostí o pobytovou odlehčovací službu Jana Masaryka 34 v CSS Praha 2.

Souhlasím, aby CSS Praha 2 zpracovávalo a archivovalo pro účel požadované služby po dobu trvání pobytu a následných 10 let po jeho ukončení moje osobní data.

Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoliv změnu osobních údajů.

**Datum** .....

.....

**podpis blízké osoby**

.....

**podpis blízké osoby**

**Příloha žádosti:**

- zdravotní záznam ošetřujícího lékaře vč. seznamu a rozpisu léků (zaslat či předat Lence Kryštofové, vedoucí úseku pobytových služeb Jana Masaryka, e-mail: [lenka.krystofova@cssp2.cz](mailto:lenka.krystofova@cssp2.cz))



## ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM

Vyjádření ošetřujícího lékaře k aktuálnímu zdravotnímu stavu zájemce o službu  
– pobytová odlehčovací služba v Centru sociálních služeb Praha 2, Jana Masaryka 34, 120 00 Praha 2

<b>Osobní údaje</b> Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Bydliště:	
Zdravotní pojišťovna:	<input type="text"/>
<b>Praktický lékař:</b> Jméno a příjmení:	IČP:
Adresa:	
Telefon:	E-mail:

**Důležité informace:** Jsme pobytové sociální zařízení **bez lékaře**, které má smlouvu se zdravotní pojišťovnou pro odbornost 913.

<b>Aktuální zdravotní stav</b> – soběstačnost žadatele (mobilita, motorické schopnosti, schopnost sebeobsluhy – osobní hygiena, oblékání, stravování)
<b>Anamnéza</b> (rodinná, osobní):
<b>Komunikace</b> (řeč, sluch a zrak)



Umožňuje zdravotní stav Vašeho pacienta pobyt v našem zařízení, tj. bez trvalé lékařské péče?

**Má pacient psychiatrickou diagnózu, popř. jakou?**

Může uvedená diagnóza ovlivnit chování tohoto pacienta tak, že by mohlo dojít závažným způsobem k narušení kolektivního soužití v pobytových sociálních službách CSSP2?

**Trpí pacient demencí?** Uveďte prosím typ/druh / a stupeň rozvoje

Popis projevů onemocnění:

Orientovanost pacienta:

Je pacient agresivní? Převládá u něj noční aktivita?

Je pacient schopen soužití s dalšími klienty? (V našem zařízení jsou 2 lůžkové pokoje.)



<p><b>Je pacient v péči ještě dalšího odborného lékaře?</b> Jakého?</p>
<p>Datum aktuální lékařské zprávy od specialisty/ů: Je stav pacienta plně kompenzován?</p>
<p>Vyžaduje pacient časté nebo akutní umístění ve zdravotnickém zařízení?</p>
<p>Má pacient infekční onemocnění vylučující pobyt v naší sociální službě, popř. jaké?</p>
<p><b>Má pacient inkontinenci, popř. jaký stupeň?</b></p>
<p>Má pacient předepsané inkontinenční pomůcky?</p>
<p><b>Má pacient defekty na kůži?</b> Jaké?</p>
<p><b>Prodělal pacient v poslední době rehabilitační péči, popř. jakou?</b></p>
<p><b>Potřebuje pacient jinou péči, popř. uveďte jakou?</b></p>
<p><b>Trpí, nebo trpěl pacient nějakou závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?</b></p>



**Diagnózy:**

**Aktuální terapie, léky a dávkování:**

**Dieta:**

**Alergie:**

datum .....

.....  
razítko a podpis lékaře

**Informace pro lékaře:**

Důvodem pro nepřijetí může být zdravotní stav, dle z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, a to:

*Poskytnutí pobytové sociální služby se 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.*