





<b>Kontaktní osoba</b> (kterou máme případně kontaktovat např. pro vyřízení termínu sociálního šetření, domluvení termínu nástupu – pokud si toto nemůže řešit sám žadatel)	
Jméno a příjmení:	Vztah k žadateli:
	Telefon:
	E-mail:

**Prohlášení žadatele o souhlasu se zpracováním osobních údajů uvedených v žádosti o domov pro seniory Máchova 14 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 domov pro seniory Máchova 14 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 službu domovy pro seniory Máchova 14 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

**Příloha žádosti:**

- zdravotní záznam ošetřujícího lékaře vč. seznamu a rozpisu léků (zaslat či předat Mgr. Daně Jakoubkové, vedoucí úseku Domova pro seniory Máchova, e-mail: [dana.jakoubkova@cssp2.cz](mailto:dana.jakoubkova@cssp2.cz))



## ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM

**Vyjádření ošetřujícího lékaře k aktuálnímu zdravotnímu stavu zájemce o službu - domovy pro seniory  
v Centru sociálních služeb Praha 2, Máchova 14, 120 00 Praha 2**

**!DŮLEŽITÉ:** Prosíme o předání Vašemu praktickému lékaři, příp. ošetřujícímu lékaři, jste-li hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení s upozorněním, že pro posouzení žádosti je třeba vyplnit všechny kolonky formuláře.

<b>Osobní údaje</b> Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Bydliště:	
Zdravotní pojišťovna: <input type="text"/>	
<b>Praktický lékař:</b> Jméno a příjmení:	<b>IČP:</b>
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):



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



Trpí, nebo trpěl pacient nějakou závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?

**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.*