



THERAPON 98

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

dle §52 zákona 108/2006 Sb.

Žádám o poskytování sociální služby od:

Jméno a příjmení:

Stav:

Rodné příjmení:

Státní příslušnost:

Datum a místo narození:

Zdravotní pojišťovna:

Trvalé bydliště:

Telefonní číslo:

Praktický lékař – adresa/tel.kontakt:

Současné bydliště:

Jméno a příjmení zákonného zástupce, má –li žadatel změněnu způsobilost k právním úkonům

/doložit doklady/

Příspěvek na péči:

Přiznán: ano/ne

Výše příspěvku:

Kontaktní osoby:

Jméno a příjmení
vztah vůči žadateli
adresa
telefon

Kdo zajistí péči o uživatele po propuštění - kontaktní údaje

Podmínky pobytu na lůžku sociální péče

Lůžka sociální péče jsou součástí Střediska následné lůžkové péče Therápon 98,a.s., Kopřivnice
Nejedná se o sociální službu s trvalým pobytem, délka pobytu je omezena dle smluvního ujednání
Úhrada pobytu vychází z ceníku, který je stanoven vyhláškou 505/2006 Sb.
Během pobytu klienta v zařízení rodina spolupracuje s poskytovatelem péče v zájmu udržení přirozených rodinných vztahů

Datum:

Podpis žadatele:

Podpis osoby blízké:



THERAPON 98

Prohlášení žadatele /opatrovníka, zmocněnce/:

Souhlasím, aby zdravotnické zařízení Therápon 98, a.s. – Středisko následné lůžkové péče, zpracovávalo mnou poskytnutá data potřebná pro účely vykonávání žádané služby v souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu jejího trvání a následných 5-ti let po ukončení.

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a zavazuji se oznámit jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů.

Dne:

Podpis:



THERAPON 98

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

k zdravotnímu stavu žadatele, k žádosti o poskytování sociálních služeb

ŽADATEL

rodné číslo
jméno a příjmení
datum narození
bydliště

zdravotní pojišťovna

ANAMNÉZA (rodinná, osobní, pracovní)

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis)

DUŠEVNÍ STAV (popřípadě projevy narušující kolektivní soužití, potřeba specifické péče vyplývající z Alzheimerovy demence či demence jiného typu nebo jiného duševního onemocnění či poruchy)

DIAGNOSTICKÝ SOUHR

MEDIKACE A DÁVKOVÁNÍ



Pravidelné odborné kontroly, poslední sledované laboratorní výsledky:

Stav vědomí:

CELKOVÝ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ SCHOPNOSTÍ ŽADATELE

je schopen chůze: *bez cizí pomoci s doprovodem s holí s chodítkem neschopen chůze*

je upoután na lůžko: *trvalepřechodně nutné polohování antidekubitní podložky*

je schopen sebeobsluhy: *zcela částečně není soběstačný*

inkontinentia urinae: *ano ne částečně* **inkontinentia alvi:** *ano ne*

je psychicky: *zcela orientován částečně orientován desorientován neklidný depresivní*

soužití v kolektivu: *je schopen není schopen*

druh diety: **alergie:**

potřebuje zvláštní péči: *jakou?*

JINÉ ÚDAJE:

Porucha kožní integrity: *ano ne Specifikace:*

PŘÍLOHY

- popis RTG snímku plic. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro tuberkulózu.
- výsledky vyšetření na bacilonosičství
- podle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorní vyšetření

Datum:

razítko a podpis praktického lékaře