

Vážený žadateli o sociální službu – domov pro seniory – celoroční pobyt,

právě jste obdržel DOTAZNÍK, který je prvním krokem k tomu, abyste se stal naším klientem. Tímto Vás žádáme o PŘESNÉ, ČITELNÉ a SROZUMITELNÉ vyplnění.

Nedílnou součástí dotazníku je VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE. Tento list nechte vyplnit Vašeho praktického (obvodního) lékaře. Jste-li hospitalizován v nemocnici, list vyplní ošetřující lékař. Pokud jste i v evidenci psychiatrického lékaře, požadujeme též jeho vyjádření, zda jste či nejste schopni pobytu v domově pro seniory (Vyjádření lékaře – kolonka Jiné údaje).

Pokud je žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům je potřeba tuto skutečnost doložit kopií příslušného rozhodnutí soudu.

To vše zašlete na adresu

DKS Žinkovy, přísp. org.
Žinkovy 89, 335 54 Žinkovy

Řádně vyplněná a schválená přihláška bude obodována dle stanovených kritérií. Následně bude žádost dle přidělených bodů zařazena na místo v pořadníku čekatelů DKS. Je tedy v zájmu žadatele udržovat údaje uvedené v přihlášce aktuální a nastanou-li některé změny, které mohou ovlivnit pořadí v pořadníku čekatelů DKS, nahlasit je.

Vaše případné dotazy zodpovíme na e-mailu trhlikova@dkszinkovy.cz nebo na tel. č.: 371 593 121, 371 593 196, linka 28; a to ve dnech:

Po 6:30 – 15:00

St 6:30 – 15:00

Čt 6:30 – 15:00

S pozdravem

Mgr. Jitka Trhlíková
sociální pracovnice

!!!Upozornění!!!

Nepoužívejte jiné tiskopisy. Dbejte, aby Váš lékař vyplnil „**Vyjádření lékaře**“, které Vám posíláme. NEPOSÍLEJTE lékařské zprávy, nenahrazují náš tiskopis „Vyjádření lékaře“.



Domov klidného stáří v Žinkovech, příspěvková organizace

Žinkovy 89, 335 54 Žinkovy

Tel: 371 593 196, Fax: 371 593 113, Email: dks@dkszinkovy.cz

Dotazník pro žadatele o poskytování pobytové sociální služby

Datum doručení dotazníku (nevyplňujte)	spisová značka odpovědi na dotazník (nevyplňujte)	
Jméno a příjmení žadatele		
Datum narození žadatele (den, měsíc, rok)		
Jste občanem země EU? ¹⁾	ANO	NE
Korespondenční adresa - uveďte adresu, na kterou má být doručována korespondence. Dojde-li ke změně, žádáme o aktualizování!		
Ulice	č.p.	
Město	PSČ	Telefon
Kontaktní osoba - uveďte osobu, kterou je možno v případě potřeby kontaktovat.		
Jméno a příjmení (vztah k žadateli):		
Adresa		
	Telefon	Email
Jméno, příjmení, adresa opatrovníka , je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům. Přiložte kopii rozhodnutí soudu o opatrovnictví		
Byl vám přiznán příspěvek na péči? ¹⁾	*NE	*ANO ve výši
	*BYLO ZAŽÁDÁNO	
(k žádosti připojte korespondenci o příspěvku na péči)		
Adresa Úřadu práce ČR vyplácejícího příspěvek na péči:		

1) Nehodící se škrtněte!

**Proč má žadatel zájem o poskytování sociální služby?
Jaké má žadatel cíle, co chce zlepšit ve svém životě?**

**Byla žadateli poskytována jiná sociální služba (např. osobní asistence, pečovatelská služba apod.)?
V jakých úkonech mu tato služba pomáhala, v čem se žadatel zdokonalil - zhoršil?**

Nepovinné údaje:

Zdravotní pojišťovna žadatele:

Výše důchodu:

Jiný pravidelný příjem kromě důchodu: ¹⁾ NE ANO ve výši:
(např. penzijní fond, nájem apod.)

Místo pro Vaše poznámky k dotazníku (popř. přijetí)

Datum:

.....
Podpis žadatele (popř. opatrovníka, zmocněnce)

Vyplněný Dotazník, Vyjádření ošetřujícího lékaře a korespondenci ohledně příspěvku na péči zašlete na adresu:

Domov klidného stáří v Žinkovech, příspěvková organizace
Žinkovy 89
335 54 Žinkovy

nebo jej odevzdejte v kanceláři Domova!

1) Nehodící se škrtněte!



Domov klidného stáří v Žinkovech, příspěvková organizace

Žinkovy 89, 335 54 Žinkovy

Tel: 371 593 196, Fax: 371 593 113, Email: dks@dkszinkovy.cz

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele o poskytování pobytové sociální služby

Datum doručení dotazníku (nevyplňujte)	Jméno, příjmení a sídlo lékaře
Jméno a příjmení žadatele	
Trvalé bydliště	
Datum narození žadatele (den, měsíc, rok)	
Rodinná anamnéza	
Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis)	
Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)	
Diagnóza (česky)	Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu
a) hlavní	
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy	

Schopnost chůze bez cizí pomoci	ANO	NE ¹⁾	Poznámka
Kompenzační pomůcky: chodítko, francouzské hole, hůlka, invalidní vozík, jiné ¹⁾			
Trvale - převážně ¹⁾ upoután na lůžko	ANO	NE ¹⁾	
Schopnost sám sebe obsloužit: oblékání, osobní hygiena, podávání stravy, podávání léků, uléhání, vstávání ¹⁾	ANO	NE ¹⁾	
Inkontinence	Trvale ¹⁾ Občas ¹⁾ V noci ¹⁾	ANO	NE ¹⁾
Potřeba lékařského ošetření	Trvale ¹⁾ Občas ¹⁾	ANO	NE ¹⁾
Dohled specializovaného oddělení ZZ Např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. ¹⁾	ANO	NE ¹⁾	
Potřebuje žadatel zvláštní péči - jakou:			
Jiné údaje:			
Dne:		Podpis vyšetřujícího lékaře	
Razítko ZZ			
Vyjádření lékaře Domova klidného stáří v Žinkovech			
Dne:		Razítko a podpis lékaře	
<small>1) Nehodící se škrtněte!</small>			