



DOMOV PRO SENIORY HORTENZIE
příspěvková organizace hl. města Prahy
K Ubytovně 65, 250 65 Bořanovice - Pakoměřice
Tel. +420 283 981 100, IČ: 70876886

Datum podání žádosti
(podací razítko Domova pro seniory Hortenzie)

Evidenční číslo žádosti

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PRO SENIORY HORTENZIE (podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

1. OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Žadatel/ka:	příjmení (rodné příjmení*)			jméno	titul
Narozen/a:	den, měsíc, rok		místo	okres	
Trvalé bydliště:	místo (obec)	ulice, č.p./č.evid.		PSČ	
Korespondenční adresa: (není-li shodná s adresou trvalého bydliště)	místo (obec)	ulice, č.p./č.evid.		PSČ	
Telefon/mobilní telefon:					
Státní příslušnost:			Národnost*:		
Rodinný stav* **:	<input type="checkbox"/> svobodný/á	<input type="checkbox"/> ženatý / vdaná***	<input type="checkbox"/> rozvedený/á		
	<input type="checkbox"/> ovdovělý/á	<input type="checkbox"/> žije s druhem / s družkou***	<input type="checkbox"/> rozloučený/á		

2. ÚDAJE OPATROVNÍKA ŽADATELE (JE-LI ŽADATEL OMEZEN VE SVÉPŘÁVNOSTI)

Opatrovník:	příjmení (rodné příjmení*)			jméno	titul
Trvalé bydliště:	místo (obec)	ulice, č.p./č.evid.		PSČ	
Korespondenční adresa: (není-li shodná s adresou trvalého bydliště)	místo (obec)	ulice, č.p./č.evid.		PSČ	
Telefon/mobilní telefon:					

rozhodnutí soudu v

ze dne

č.j.

3. SOCIÁLNÍ OKOLÍ ŽADATELE

Kontaktní údaje na osobu, která pomáhá žadateli s vyřizováním záležitostí týkajících se žádosti o přijetí (např. podávání informací), pokud žadatel není schopen ze závažných důvodů sám jednat.

Příjmení, jméno, titul	Příbuzenský nebo jiný vztah	Adresa*	Telefon/Mobilní telefon	E-mail

4. PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Žadateli byl přiznán příspěvek na péči**:

- I. stupeň II. stupeň III. stupeň IV. stupeň
 v řízení, žádost podána od: není přiznán

5. BYTOVÉ PODMÍNKY ŽADATELE

Typ bydlení**

- byt pobytové zařízení soc. služeb žádné
 rodinný dům ubytovna

Úroveň bydlení**

- standardní** (tzn. s ústředním vytápěním a s úplným*** - částečným*** - společným*** základním příslušenstvím nebo bez ústředního vytápění a s úplným základním příslušenstvím)
 se sníženou kvalitou** (tzn. s ústředním vytápěním a bez základního příslušenství, nebo bez ústředního vytápění a s částečným*** - společným*** základním příslušenstvím - bez základního příslušenství***)
- výtah: ANO*** - NE*** užitná plocha: _____ m² počet obytných místností: _____
poschodí: _____ počet osob v domácnosti: _____

Žadatel žije**

- sám se životním partnerem s rodinou s jinými lidmi

Žadatel má pro sebe soukromí vlastní obytné místnosti: ANO*** - NE***

V případě, že žadatel žije sám, tak**:

- hospodaří sám ve své domácnosti s účastí a pomocí blízkých osob
 hospodaří sám ve své domácnosti bez účasti a pomoci blízkých osob

Místo současného pobytu**

- domácí prostředí pobytové zařízení soc. služeb
 zdravotnické zařízení lůžkové péče jiné, uveďte: _____

6. STUPEŇ NALÉHAVOSTI ŽÁDOSTI**

- akutní (přijetí v co nejkratší době)
 urgentní (přijetí během 6 - 12 měsíců)
 žádost do budoucna (přijetí za 12 a více měsíců)

7. SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE VYUŽÍVANÉ ŽADATELEM K PODPOŘE ŽIVOTA V JEHO PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ^Δ

V jakých běžných činnostech potřebujete pomoci?

Kdo Vám při těchto činnostech pomáhá?

Jak často tuto pomoc využíváte?

^Δ **terénní služby** (jako např. příprava a podávání léků, donáška stravy, pomoc v domácnosti, nákupy, pomoc při zvládnání péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, osobní asistence, doprava, doprovod, jednání s úřady, apod.)

^Δ **ambulantní služby** (jako např. návštěva jídelny pro seniory, centra denní služby, ošetrovatelského centra, stacionáře)

8. DŮVOD ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY HORTENZIE

9. TYP POKOJE, O KTERÝ MÁ ŽADATEL ZÁJEM**

jednolůžkový pokoj

dvoulůžkový pokoj

10. MÍSTO PRO JINÁ SDĚLENÍ, NA KTERÁ NEZBYLO MÍSTO NEBO V ŽÁDOSTI NEJSOU OBSAŽENY

11. POUČENÍ O NUTNOSTI OBNOVOVÁNÍ TÉTO ŽÁDOSTI

Dojde-li k zařazení této žádosti do evidence žádostí vedené DS Hortenzie, bude tato žádost vedena v evidenci maximálně po dobu 1 roku od posledního kontaktu se žadatelem, přičemž v rámci této doby může DS Hortenzie požádat žadatele o aktualizaci jeho osobních údajů. Vaši žádost je tak třeba vždy před uplynutím doby 1 roku obnovit, a to tak, že kontaktujete DS Hortenzie a požádáte o obnovení Vaší žádosti. Nepožádáte-li DS Hortenzie o obnovení žádosti (o vedení Vaší žádosti v evidenci žádostí o poskytnutí pobytové sociální služby), bude Vaše žádost po uplynutí této doby vyřazena z evidence žádostí.

12. POUČENÍ O ZPRACOVÁNÍ A OCHRANĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Veškeré výše specifikované osobní údaje budou DS Hortenzie zpracovány v souladu se zásadami ochrany osobních údajů žadatele, jakož i příslušnými právními předpisy platnými pro oblast ochrany osobních údajů, a to za účelem posouzení této žádosti. Žadatel podpisem této žádosti stvrzuje, že byl seznámen se zásadami ochrany osobních údajů.

Osobní údaje označené jakožto „nepovinný údaj“ poskytuje žadatel DS Hortenzie dobrovolně, a to zejména za těmito účely:

- za účelem příležitějšího posouzení této žádosti;
- za účelem zajištění osobního a individuálního přístupu DS Hortenzie k žadateli;
- za účelem přizpůsobení služeb poskytovaných DS Hortenzie žadateli;
- za účelem zkvalitňování služeb poskytovaných DS Hortenzie.

Poskytne-li žadatel dobrovolně DS Hortenzie osobní údaje označené symbolem * (nepovinný údaj), uděluje DS Hortenzie podpisem této žádosti svobodný a informovaný souhlas ke zpracování jím poskytnutých osobních údajů označených symbolem * (nepovinný údaj). Souhlas se zpracováním osobních údajů označených symbolem * (nepovinný údaj) uděluje žadatel DS Hortenzie na dobu evidování této žádosti v evidenci žádostí o pobytovou službu DS Hortenzie (v případě vyhovění této žádosti uděluje žadatel DS Hortenzie souhlas se zpracováním specifikovaných osobních údajů na dobu poskytování služeb v DS Hortenzie). DS Hortenzie je oprávněn zpracovávat specifikované osobní údaje i po výmazu z evidence žádostí (resp. po ukončení poskytování služeb ze strany DS Hortenzie), a to zejména je-li to nezbytné pro výkon práva na svobodu projevu a informace nebo pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků. Doba uchování osobních údajů za účelem ochrany oprávněných zájmů však nepřesáhne 10 let.

DS Hortenzie v souladu s příslušnými právními předpisy žadatele poučuje, že má právo udělený souhlas se zpracováním osobních údajů označených v této žádosti symbolem * (nepovinný údaj) kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním. Pro odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů postačí, aby žadatel zaslal DS Hortenzie na e-mailovou adresu: socialni2@hortenzie.cz zprávu, v níž uvede, že odvolává svůj souhlas se zpracováním osobních údajů a dále uvede konkrétní osobní údaje, u nichž si již nadále nepřeje, aby je DS Hortenzie zpracovával. Žadatel může odvolat souhlas se zpracováním osobních údajů označených v této žádosti symbolem * (nepovinný údaj) též kontaktováním DS Hortenzie prostřednictvím telefonu: 778 089 005.

Žadatel svým podpisem potvrzuje, že souhlas se zpracováním výše specifikovaných osobních údajů činí svobodně, po náležitém poučení ze strany DS Hortenzie, nikoliv v tísní a na důkaz toho připojuje svůj podpis. Žadatel dále potvrzuje, že veškeré údaje, které uvedl v této žádosti, jsou úplné a pravdivé.

V _____ dne _____

čitelný vlastnoruční podpis žadatele
(případně jeho opatrovníka)

Přílohy:

- ✓ Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele
- ✓ Mapování potřebnosti péče
- ✓ kopie Sdělení o přiznání příspěvku na péči, případně kopie podané žádosti o příspěvek na péči s podacím razítkem úřadu (nepovinné)
- ✓ případná kopie Rozsudku soudu o omezení svéprávnosti
- ✓ Zásady ochrany osobních údajů žadatele

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE o zdravotním stavu žadatele o přijetí do DOMOVA PRO SENIORY HORTENZIE**Osobní údaje žadatele:**

příjmení

(rodné příjmení*)

jméno

titul

den, měsíc, rok narození

místo

okres

bydliště: ulice, č.p./č.evid.

místo (obec)

PSČ, pošta

název zdravotní pojišťovny pojištěnce (i zkratkou)

(příp. kód zdravotní pojišťovny)

Aktuální zdravotní stav (*motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.*):

Duševní stav (*orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje*):

Trpí žadatel demencí?

ANO - NE**

Typ demence:

Stupeň:

Trpí žadatel, případně trpěl závislostí

(*na omamných, psychotropních látkách, příp. jiných látkách*)?

ANO - NE**

Uveďte na jakých látkách:

Diagnóza

(*hlavní i ostatní choroby*):

Medikace

* nepovinný údaj

** nehodící se škrtněte

*** příslušný údaj označte zatržením

Potřebuje lékařské ošetření	trvale:	ANO	- NE**	
	občas:	ANO	- NE**	
Je schopen/a chůze bez cizí pomoci?		ANO	- NE**	
Používá kompenzační pomůcky***:	hole	invalidní vozík	chodítko	jiné:
Sluch***:	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší
Zrak***:	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý
Je upoután/a na lůžko	trvale:	ANO	- NE**	
	převážně:	ANO	- NE**	
Je schopen polohy vsedě, v křesle:		ANO	- NE**	
Je schopen/a sebeobsluhy, najíst se, napít se:		ANO	- NE**	
Inkontinence	trvale:	ANO	- NE**	
	občas:	ANO	- NE**	
	v noci:	ANO	- NE**	
Používá WC křeslo u lůžka:		ANO	- NE**	
Defekty kůže:		ANO	- NE**	
● Dekubity (stupeň, lokalizace):				
● Opruzeniny:				
● Jiné:				
Je pod dohledem specializovaného oddělení:		ANO	- NE**	
Jakého? (např. kardiologie, diabetologie, neurologie, ortopedie, plicní, psychiatrie, protialkoholní**)				
Přílohy:				
- popis RTG snímku plic, případně vyjádření odborného lékaře pro plicní choroby a tuberkulózu				
- výsledky vyšetření na bacilonosičství				
- dle potřeby aktuální výsledky vyšetření specialistou - např. kardiologie, diabetologie, neurologie, psychiatrie, urologie				
Další údaje:				
Očkování proti tetanu:	ANO rok:	_____	- NE**	
Očkování proti pneumokoku:	ANO rok:	_____	- NE**	
V _____ dne _____				
			razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)	

• Výkony lékaře spojené s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel o přijetí

Příloha

MAPOVÁNÍ POTŘEBNOSTI PÉČE*

k žádosti o poskytnutí sociální služby v Domově seniorů Hortenzie

Žadatel (jméno a příjmení): _____

Datum narození: _____

Bydliště (současný pobyt): _____

Datum vyplnění formuláře: _____

1. Péče o vlastní osobu a soběstačnost (vybranou možnost označte X)

Oblast	Možnosti	zvládá	s pomocí	nezvládá
Mobilita	Vstávání z lůžka, uléhání, změna polohy			
	Sezení, schopnost vydržet v sedě			
	Stání, schopnost vydržet stát			
	Chůze po rovině			
	Chůze po schodech nahoru a dolů			
Orientace	Orientace v čase			
	Orientace v místě			
	Orientace osobou			
Komunikace	Schopnost dorozumět se verbální formou			
	Schopnost dorozumět se psanou formou			
Stravování	Příprava stravy, vaření, ohřívání			
	Porcování stravy			
	Přijímání stravy			
	Dodržování pitného režimu			
Oblékání a obouvání	Výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení			
	Oblékání, svlékání			
	Obouvání, zouvání			
Tělesná hygiena	Koupání nebo sprchování			
	Péče o ústa, vlasy, nehty, holení			
Výkon fyziologické potřeby	Použití WC			
	Hygiena po fyziologické potřebě			
Péče o zdraví	Dodržování léčebného režimu (léky)			
	Návštěvy praktického lékaře a odborných ambulancí			

*Formulář „Mapování potřebnosti péče“ je nedílnou součástí Žádosti o přijetí do Domova pro seniory Hortenzie

Příloha

Oblast	Možnosti	zvládá	s pomocí	nezvládá
Osobní aktivity	Navázání a udržení kontaktu s ostatními lidmi			
	Vyřizování osobních záležitostí			
	Účast na volnočasových aktivitách			
Péče o domácnost	Péče o prádlo			
	Péče o lůžko			
	Nákup			
	Manipulace s penězi			

2. **Popis nepříznivé sociální situace** (vybranou možnost označte X)

Oblast	Možnosti	
Popis nepříznivé sociální situace	Úmrtí partnera	
	Osamělost	
	Špatné rodinné vztahy	
	Pobyt v nevhodném zařízení	
	Žadatele opustila pečující osoba	
	Nevyhovující bytové podmínky:	
	Jiné – uveďte jaké:	

3. **Jiná sdělení** (prosím doplňte)

Soužití s jinými osobami (např. s kým žijete ve společné domácnosti)	
Smyslové vnímání (zrak, sluch, řeč), použití kompenzačních pomůcek (např. chodítka, hůl, naslouchadlo, brýle atd.)	
Koníčky a záliby	