



**SENIORCENTRUM  
OPAVA**

příspěvková organizace Statutárního města Opavy

**Seniorcentrum Opava, příspěvková organizace  
Domov sv. Kateřiny**

se sídlem: Opava, Rolnická 24, PSČ: 747 05, IČ: 71196943

DÍČ: CZ71196943, tel.: 553730060; 774470 650

E-mail: [domov@scopava.cz](mailto:domov@scopava.cz); [vedouci@scopava.cz](mailto:vedouci@scopava.cz)

bankovní spojení: ČSOB a.s., č.ú.: 285862375/0300

## Žádost o poskytování sociální služby

č. ....

<b>Datum přijetí žádosti:</b>	<b>Datum plánovaného šetření:</b>
<b>Schopnost podpisu: ANO - NE</b>	<b>Svéprávnost:</b>

<b>Žadatel</b>	
Jméno a příjmení:	Titul:
Rodné příjmení:	Datum narození:
Místo narození:	
Místo trvalého bydliště:	
Aktuální místo pobytu (např. LDN):	
Telefon:	

<b>Osoba blízká</b>		
<b>1</b>	Jméno a příjmení	Vztah:
	Adresa:	
	Tel. kontakt:	E-mail:
<b>2</b>	Jméno a příjmení	Vztah:
	Adresa:	
	Tel. kontakt:	E-mail:

<b>Zákonný zástupce</b> (je-li u žadatele/ky omezena právní způsobilost)	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
Tel. kontakt:	E-mail:

<b>Ošetřující lékař</b>	
Jméno a příjmení:	Telefon:
Adresa:	

Využíváte již nyní pečovatelskou či jinou sociální službu?	ANO – NE
Pobíráte příspěvek na péči?	ANO – NE – V ŘÍZENÍ

<b>Důvod podání žádosti</b>

<b><u>Prohlášení zájemce</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.</li><li>• Uděluji souhlas se zpracováním výše uvedených údajů ve smyslu nařízení č. 679/2016 o ochraně osobních údajů fyzických osob (GDPR). Souhlas lze vzít kdykoliv zpět, a to např. zasláním e-mailu nebo dopisu na kontaktní údaje domova.</li></ul>

.....

**Datum**

.....

**Podpis žadatele / opatrovníka**

**K žádosti je nutné doložit:**

- lékařskou zprávu praktického lékaře či lékaře zdravotnického zařízení.

**Způsob doručení žádosti**

Žádost o poskytování sociální služby vč. příloh můžete doručit:

- **osobně;**
- **poštou** na adresu Rolnická 24, 747 05 Opava;
- **e-mailem:** [domov@scopava.cz](mailto:domov@scopava.cz).

Informovat se můžete na telefonním čísle: **553 730 060** či **770 177 782/770 190 491**

**Další postup**

Po podání žádosti budete vyrozuměni o **dalším postupu** (zařazení žádosti do pořadníku žadatelů, zamítnutí přijetí žádosti, apod.).

Na základě této žádosti s Vámi provede sociální pracovnice domova pro seniory **šetření**, při kterém společně zhodnotíte Vaši nepříznivou sociální situaci a vhodnost našeho zařízení pro Vás.

**Vyjádření lékaře**

**Jméno:.....Příjmení:.....Titul:.....**

**Datum narození:.....Místo trvalého bydliště:.....**

**Anamnéza (osobní, rodinná, pracovní):**

**Objektivní nález:**

**Výpis z lékařské dokumentace:**

**Aktuální medikace:**

**Jste pod dohledem specializovaného oddělení? (např. plicní, neurologické, psychiatrické, ortopedické, chirurgické, interní, diabetické, protialkoholní...)**

.....  
.....

**Duševní stav:**

1. Poruchy paměťových a orientačních schopností;
2. Ztráta paměťových schopností;
3. Narušující kolektivní soužití;
4. Poruchy chování;
5. Deprese;
6. Jiné.....

**Somatické potíže:**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• poruchy kůže;</li><li>• poruchy hybnosti;</li><li>• poruchy příjmu potravy;</li><li>• pády;</li><li>• nestabilita;</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• závratě;</li><li>• úrazy;</li><li>• inkontinence;</li><li>• používání kompenzačních pomůcek<br/>.....</li><li>• smyslové postižení, uveďte jaké<br/>.....</li></ul> |
|--|---|

**Sociálně patologické rysy osobnosti:**

- závislost na alkoholu;
- závislost na toxických látkách;
- jiné.....

**Typ stravování:**

- normální;
- šetrící;
- diabetické;
- jiné.....

.....

**Datum**

.....

**Razítko a podpis lékaře**