



**SENIORCENTRUM
OPAVA**

príspevková organizace Statutárního města Opavy

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

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

DIC: CZ71196943, tel.: 553 730 060; 774 470 650

E-mail: domov@scopava.cz; vedouci@scopava.cz

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

Žádost

o poskytování sociální služby v Domově sv. Kateřiny

č.

Datum přijetí žádosti:	Číslo jednací:
Schopnost podpisu: ANO - NE	Svéprávnost: ANO - NE

Žadatel	
Jméno a příjmení:	Titul:
Rodné příjmení:	Stav:
Datum narození:	Místo narození:
Místo trvalého bydliště:	
Aktuální místo pobytu (např. LDN):	
Telefon:	E-mail:

Kontaktní osoba (příbuzný, osoba blízká, známý)		
1.	Jméno a příjmení	Vztah:
	Adresa:	
	Telefon:	E-mail:
2.	Jméno a příjmení	Vztah:
	Adresa:	
	Telefon:	E-mail:

Opatrovník (je-li žadateli ustanoven okresním soudem)	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
Telefon:	E-mail:

Příjmy žadatele	
Starobní důchod:	ANO - NE
Příspěvek na péči:	ANO – NE – v ŘÍZENÍ

Zajišťování péče	
Využíváte v současné době sociální službu např. pečovatelskou službu: ANO* - NE	
* Pokud jste uvedli ANO, jakou sociální službu a pomoc využíváte:	
* Jak často:	
Péči zajišťuje rodina:	ANO* – NE
* jak často	

Ošetřující lékař	
Jméno a příjmení:	Telefon:
Adresa:	

Důvod podání žádosti

Prohlášení zájemce
<ul style="list-style-type: none"> • Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. • 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.

.....
Datum

.....
Podpis žadatele / opatrovníka

K Žádosti je nutné doložit:

- **aktuální** lékařskou zprávu praktického lékaře či lékaře zdravotnického zařízení.

Způsob doručení Žádosti

Žádost o poskytování sociální služby vč. příloh můžete doručit:

- a) **osobně**,
- b) **poštou** na adresu Domov sv. Kateřiny, Rolnická 1550/24, 747 05 Opava,
- c) **e-mailem**: domov@scopava.cz.

Informovat se můžete na telefonním čísle: **553 730 056** či **770 177 782, 770 190 491**

Další postup

Po podání žádosti a následného posouzení, budete vyrozuměni o dalším postupu (zařazení žádosti do Seznamu žadatelů, zamítnutí přijetí žádosti, apod.).

Před přijetím do Domova na základě této Žádosti s Vámi provede sociální pracovnice sociální šetření, při kterém společně zhodnotíte Vaši nepříznivou sociální situaci a vhodnost našeho Domova pro Vás.

Vyjádření lékaře

Jméno a příjmení:

Titul:

Datum narození:

Bydliště:

Anamnéza (osobní):

Objektivní nález:

Duševní stav a sociálně patologické rysy osobnosti (např. projevy narušující kolektivní soužití, závislosti):

- a) Poruchy paměťových a orientačních schopností
- b) Ztráta paměťových schopností
- c) Projevy narušující kolektivní soužití
- d) Poruchy chování
- e) Deprese
- f) Závislost na alkoholu
- g) Závislosti na toxických látkách
- h) Jiné.....

Aktuální medikace:

Posouzení soběstačnosti			
			Poznámka
Schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE	
Je upoután na lůžku	PŘEVÁŽNĚ	TRVALE	
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE	
Potřebuje lékařské ošetření	OBČAS	TRVALE	
Používá kompenzační pomůcky	ANO*	NE	*jaké
Somatické potíže:			
Poruchy kůže	ANO	NE	
Inkontinence močová	ANO	NE	
Inkontinence stolice	ANO	NE	
Poruchy hybnosti	ANO	NE	
Pády	ANO	NE	
Nestabilita	ANO	NE	
Závratě	ANO	NE	
Úrazy	ANO	NE	
Smyslové postižení	ANO *	NE	* jaké
Typy stravování:			
Poruchy příjmy potravy	ANO	NE	
Zavedený PEG	ANO	NE	
Má předepsanou dietu	ANO *	NE	* a) šetrící b) diabetická c) jiná.....
Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení	ANO *	NE	* a) plicní b) neurologické c) psychiatrické d) interní e) protialkoholické f) jiné.....
Potřebuje žadatel zvláštní péči	ANO *	NE	* jakou.....

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře