



ŽÁDOST O POBYT

vyberte si službu

Otisk podacího razítka:

- v domově pro seniory
- v domově se zvláštním režimem
- v odlehčovací službě

Vila Vančurova o.p.s.

Vančurova 1217/5, 746 01, Opava

Tel.: +420 731 152 926

socialni.pracovnice@vilavancurova.cz

www.vilavancurova.cz

Jméno, příjmení, titul žadatele: Datum nar.:

Státní příslušnost: Rodinný stav Tel.....

Adresa trvalého bydliště: PSČ:.....

Adresa pobytu liší-li se od trvalého: PSČ:.....

Jsem způsobilý/á samostatně jednat o umístění v sociální službě: ANO NE

O umístění jednete s kontaktní osobou: ANO NE

Kontaktní osoba:

Jméno, příjmení a titul:.....Tel.:.....

Příbuzenský poměr: E-mail:.....

Adresa trvalého bydliště: PSČ:.....

Uděлил/a jste plnou moc k zastupování ANO NE

Mám soudem ustanoveného zástupce, opatrovníka ANO NE

Zastupující osoba na základě dokladu, který přiložte k žádosti:

Jméno, příjmení a titul:.....Tel.:.....

Příbuzenský poměr: E-mail:.....

Adresa trvalého bydliště: PSČ:.....

Jsem osobou závislou na péči druhé osoby

- a byl mi přiznán příspěvek na péči, (uvedte, který stupeň).....
- a mám podanou žádost o přiznání příspěvku na péči
- a mám podanou žádost o zvýšení příspěvku na péči
- a dosud nemám podanou žádost o příspěvek na péči
- Nejsem osobou závislou na péči druhé osoby, žádnou péči od vás zatím nepotřebuji.**

Kdo Vám zajišťuje potřebnou péči?

- zatím nepotřebuji péči rodina osobní asistence pečovatelská služba
- denní stacionář LDN jiná pobytová služba odlehčovací /přechodný pobyt
- jiné:

Využíval/a jste již dříve pobytovou sociální službu? NE ANO

Jakou a jak dlouho?

.....

Jste-li při podání žádosti ve zdravotnickém zařízení, uveďte kde/název, město, pavilón, kontakt:

.....

Potřebujete ve zdravotnickém zařízení: stálou lékařskou péči přechodnou lékařskou péči

Preferovaný typ ubytování - i více variant: (nejsme schopni garantovat)

- jakýkoliv pokoj
- jednolůžkový pokoj
- dvojlůžkový pokoj

Požadovaný termín přijetí:

- ihned, není-li volné míst, chci být veden jako náhradník pro okamžité umístění
- žádost odkládám do budoucna, nechci nastoupit ihned, ozvu se sám, budu-li chtít být náhradníkem

Z jakého důvodu žádáte o dlouhodobý pobyt ve Vile Vančurova o.p.s. a co od něj očekáváte?

.....
.....
.....

POSUDEK registrovaného PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele pro umístění (vyberte a zatrhněte):

- v domově pro seniory, v odlehčovací službě Vila Vančurova o.p.s.
- v domově se zvláštním režimem Vila Vančurova o.p.s.

1. Žadatel (osoba, které má být služba poskytována):	
Jméno , příjmení a titul:	Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu:	
2. Anamnéza (rodinná, pracovní, osobní):	
3. Objektivní nález	
4. Duševní stav (Demence mírná, střední, těžká, popř. projevy narušující kolektivní soužití, psychiatrické ataky v minulosti):	
5. Diagnóza (česky, hlavní, vedlejší + označení klasifikace MKN 10)	

6. Přílohy:

- 1) **Rozpis léků včetně dávkování (povinné)**
- 2) popis RTG snímku plic (v případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a TBC)
- 3) podle potřeby výsledky vyšetření neurologického, ortopedického, chirurgického, interního, popř. laboratorních vyšetření
- 4) **Vyjádření ošetřujícího psychiatra k umístění do Domova se zvláštním režimem (povinné)**

7. Soběstačnost žadatele a jiné:

Je schopen chůze bez cizí pomoci? ANO NE

Je upoután na lůžko? NE ANO - trvale převážně

Je schopen sám sebe obsloužit? ANO NE

Je orientován? - osobou ANO NE - místem ANO NE - časem ANO NE

Trpí inkontinencí? moči stolice SKP stupeň inkontinence

- trvalou ANO NE - občasnou ANO NE - noční ANO NE

Předepisované inkontinenční pomůcky: denní typ

noční typ

Dieta: DM PEG SIPPING

Kožní defekty: NE ANO - dekubity bércové vředy jiné:

Potřeba RHB: ANO NE

Alergie: NE ANO Jaké?

Je pod dohledem odborné ambulance? NE ANO Jaké?

Potřebuje trvale nepřetržitou zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení? NE ANO Jakou:

Doporučuji žadatele k využívání sociálních služeb Vila Vančurova o.p.s., která není zdravotnickým zařízením. V případě potřeby budu konzultovat zdravotní stav pacienta s personálem Vila Vančurova o.p.s..

Dne:

Razítko ZZ

.....
podpis lékaře se jmenovkou

Zpracování osobních údajů:

Žadatel o umístění do zařízení poskytovatele sociálních služeb << Vila Vančurova o.p.s., Vančurova 1217/5, Opava>>, nebo jeho zástupce, podpisem tohoto dokumentu bere na vědomí, že při vyřizování jeho žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb dochází ke zpracování jeho osobních údajů, které v žádosti uvedl, a to v rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po dobu čekání na uvolnění kapacity.

Zákonnost zpracování

Zpracování je prováděno na základě plnění právních povinností <<Vila Vančurova o.p.s., Vančurova 1217/5, Opava>> a na základě nezbytnosti takového zpracování ke splnění úkolů ve veřejném zájmu, tedy zajištění poskytování služeb sociální péče.

Příjemcem osobních údajů je pouze Vila Vančurova.

Povinnost poskytnout osobní údaje

Žadatel, nebo jeho zástupce, je srozuměn s tím, že pokud by se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu nesouhlasil, řízení o žádosti by nemohlo proběhnout a s žadatelem by tak nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí služby sociální péče. V tomto smyslu je tedy poskytnutí osobních údajů povinné.

Práva žadatele související se zpracováním

jsou zveřejněny na webových stránkách: <<www.vilavancurova.cz >> nebo k dispozici na recepci.

Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že všechny údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. **Oznámím poskytovateli služby jakékoli změny výše uvedených údajů, zejména můj nástup do jiné pobytové služby.** Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by mohly mít za následek i ukončení poskytování soc. služby. Prohlašuji, že uvedeným informacím jsem plně porozuměl a **považuji poučení mé osoby za dostatečné.**

.....
DATUM

.....
PODPIS ŽADATELE

.....
Jméno a podpis ustanoveného zástupce/opatrovníka

Nerozumí-li žadatel obsahu jednání, není schopen samostatně jednat a podepisovat se a nemá ustanoveného zástupce na základě plné moci nebo soudně a ani soudně ustanoveného opatrovníka, **doložte k žádosti Lékařský posudek podle § 91 odst.6 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách** (formulář předáme na vyžádání).