DŮM SOCIÁLNÍ PÉČE KRALOVICE, p. o.
Plzeňská 345, 331 41 KRALOVICE, IČO 49748190, www.dspkralovice.cz
373 301 111, fax 373 301 112, e-mail: reditel@dspkralovice.cz

ŽÁDOST O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

☐**DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

☐**DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

☐**DOMOV PRO SENIORY (od 30.11.2024)**

Jméno a příjmení	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště: **Telefon :** **E-mail:**	
Kontaktní osoba (jméno a příjmení, adresa, telefon, e-mail)**,**	
Opatrovník: *)	
Žadatel si přeje být ubytován v pokoji:)** jednolůžkovém, dvoulůžkovém, vícelůžkovém	
Žadatel čeká na volné místo *)** 1. v jiném zařízení sociálních služeb 2. ve zdravotnickém zařízení (akutní, zdravotní lůžko) 3. na sociálním lůžku ve zdravotnickém zařízení (např. LDN) 4. v domácím prostředí za podpory rodiny 5. v domácím prostředí bez podpory rodiny 6. zájemce nemá žádné příbuzné 7. jiné…….	
Prohlášení žadatele Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Čitelný vlastnoruční podpis žadatele (zákonného zástupce) ……	
V …….....	**Dne** …….....

pozn. křížkem označte druh služby

*) je-li stanoven opatrovník, je nutné předložit usnesení o opatrovnictví
**) nehodící škrtněte
***) zakroužkujte současnou situaci

K žádosti přikládám:
- vyplněné vyjádření ošetřujícího lékaře

DŮM SOCIÁLNÍ PÉČE KRALOVICE, p. o.
Plzeňská 345, 331 41 KRALOVICE, IČO 49748190, www.dspkralovice.cz
☎373 301 111, fax 373 301 112, e-mail: reditel@dspkralovice.cz

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele o umístění do Domu sociální péče Kralovice

nedílná příloha k žádosti

1) Žadatel

……..
Jméno a příjmení

……..
narozen (den, měsíc, rok)

……...
bydliště (ulice, číslo popisné, pošta, směrovací číslo)

2) Objektivní nález

3) Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

4) Diagnóza (česky):

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Přílohy:

a) bezinfekčnost
b) očkování
- pneumo, datum……
- hepatitida B, datum …….

5) Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE*)
Je upoután trvale – převážně*) na lůžku	ANO	NE*)
Inkontinence trvale	ANO	NE*)
občas	ANO	NE*)
v noci	ANO	NE*)
Orientace - časem	ANO	NE*)
- osobou	ANO	NE*)
- místem	ANO	NE*)
- situací	ANO	NE*)

6) V jakých běžných činnostech potřebuje žadatel nyní pomoc? *(vhodné situace označte křížkem)*

☐ pomoc při stravování – *příprava jídla, servírování jídal a nápojů, apod.*

☐ pomoc při osobní hygieně – *při koupání, sprchování*

☐ pomoc při oblékání a svlékání, obouvání a zouvání

☐ pomoc při přesunu na lůžko, vstávání z lůžka, ukládání ke spánku

☐ pomoc při pohybu – používání kompenzačních pomůcek (*hůl, chodítko, mechanický vozík)*

☐ pomoc s orientací v čase, v prostoru

☐ pomoc při jednání s úřady

7) Potřebuje lékařské ošetření trvale	ANO	NE*)
občas	ANO	NE*)

jiné údaje:

Dne …… ……..
podpis ošetřujícího lékaře

) nehodící se škrtněte