MĚSTO NOVÁ ROLE

ŽÁDOST O PŘIDĚLENÍ BYTU ZVLÁŠTNÍHO URČENÍ

(DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU NOVÁ ROLE)

Jméno a příjmení:

Datum nar.:

Trvalé bydliště:

Telefonní kontakt**:**

Jsem příjemcem pečovatelské služby:	ANO ◯	NE ◯
Průkaz TP, ZTP, ZTP/P:	ANO ◯	NE ◯
Příspěvek na péči:	ANO ◯	NE ◯
Je vaše žádost o umístění do DPS **aktuální**?	ANO ◯	NE ◯

Nejbližší příbuzní, jméno příjmení, adresa, telefonní kontakt:

Prohlášení:

Pokud není v den podání žádosti zavedena pečovatelská služba, **souhlasím závazně s jejím zavedením nejpozději při přidělení bytu v DPS, dle vyplněné tabulky potřeb.**

Výše uvedené údaje jsou pravdivé.

V Nové Roli dne: podpis: …….

Příloha 1: zdravotní dotazník
Příloha 2: tabulka potřeb

MĚSTO NOVÁ ROLE

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK PRO ŽADATELE O BYT ZVLÁŠTNÍHO URČENÍ

(DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU NOVÁ ROLE)

Pan, paní:

Datum a místo narození:

Trvale bytem:

1. Odůvodňuje současný zdravotní stav potřebu poskytování pečovatelské služby? ANO ◯ NE ◯

2. Schopen/na kolektivního soužití ANO ◯ NE ◯

3. Schopen/na pohybu bez cizí pomoci ANO ◯ NE ◯

4. Diagnóza (česky)
a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. Duševní stav
a) poruchy komunikace ☐
b) poruchy soběstačnosti ☐
c) poruchy orientace – místem, časem, osobou, situací, věcí ☐
d) poruchy paměti ☐
e) deprese, úzkosti ☐
f) fóbie, halucinace ☐

6. Poruchy chování narušující soužití
a) agresivita ☐
b) noční aktivita (poruchy spánku) ☐
c) návyk na alkohol či jiné látky ☐

7. Je žadatel v péči specializované ambulance či oddělení zdravotnického zařízení? Pokud ano, prosíme připojit výsledky šetření.

8. Soběstačnost
a) Je schopen chůze bez cizí pomoci?
b) Je upoután na lůžko?
c) Je schopen sám sebe obsloužit?

d) Inkontinence moči.
e) Inkontinence stolice**.**
f) Potřebuje zvlášní péči? Jakou?

11. Používáte ortopedické, kompenzační, inkontinenční pomůcky, nosíte brýle, naslouchadla?

Dne: *Razítko a podpis lékaře:*