**Domov pro seniory Ludmírov, příspěvková organizace**

**Ludmírov 2, 798 55 Hvozd, tel.: 582 383 147**

 **e-mail :** **ddludmirov@volny.cz**

 **https://dps-ludmirov.cz.**

**Vyplňuje domov**

**Přijata dne :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Žádost o poskytnutí služby v Domově pro seniory**

 ***- sociální služba Domov pro seniory***

**Žadatel : ………………………………………………………………………………..**

(jméno a příjmení)

**Narozen : ………………………………………………………………………………..**

(den, měsíc, rok a místo narození)

**Bydliště** : ………………………………………………………………………………..

 (adresa včetně PSČ )

**Telefon / mobil: …………………………………e-mail…………………………………….**

**Důvod podání žádosti** (z jakého důvodu žádáte o umístění do našeho zařízení)

**Co od naší služby očekáváte:**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**Kontaktní adresa** (pokud se blude lišit od adresy trvalého bydliště)

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

**Příspěvek na péči přiznán: ANO NE Výše příspěvku: ……………………**

 **(zatrhněte)**

(doporučení - doložit kopii rozhodnutí)

**Můžete uvést druh a výše důchodu: …………………………………………………………**

(doporučení - doložit kopii posledního důchodového výměru)

**Můžete uvést kontakt na rodinné příslušníky:**

(jméno a příjmení, tel. číslo nebo e-mail, případně příbuzenský vztah)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Jméno, adresa, telefon, zákonného zástupce (je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům):**

………………………………………………………………………………………………….

**Prohlášení žadatele (opatrovníka)**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

Svým podpisem dávám souhlas k uchování a zpracování osobních údajů zde uvedených, a to po dobu nezbytnou k účelu jejich zpracování a evidenci.

Podáním této žádosti, souhlasím se zařazením do evidence žadatelů na umístění do Domova pro seniory Ludmírov

V ……………………………..dne : ………… ……………………………………..

 **Podpis žadatele nebo opatrovníka**

**Poznámka.:**

**-** Je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům, podepisuje žádost

 soudem stanovený opatrovník

- Žádost může podepsat i jiná osoba, která jedná na základě podepsané Plné moci

**Přílohy k žádosti**

- *Plná moc* (podepisuje žadatel)-pokud žádost vyřizuje jiná osoba než žadatel

- U žadatele zbaveného způsobilosti k právním úkonům- kopii rozhodnutí soudu

- *Lékařské vyjádření*

**Žádost zasílejte na adresu:**

Domov pro seniory Ludmírov, příspěvková organizace, Ludmírov 2,798 55 Hvozd

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele**

 **žádosti do Domova pro seniory Ludmírov**

**I. Žadatel : …………………………………………………………………………**

(jméno, příjmení, titul, rodné u žen )

  **Narozen : ………………………… Zdravotní pojišťovna :**…………………….

(den, měsíc, rok)

 **Bydliště :** ……………………………………………………………………………

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

**III. Objektivní nález (popř. projevy narušující kolektivní soužití)**

**Alkoholismus : ANO NE**

**Agresivita : ANO NE**

**Kouření : ANO NE**

**Návykové látky: ANO NE**

**IV. Duševní stav :**

**V. Souhrn diagnóz :**

**VI. Sebeobsluha:** ( označte, zakroužkujte, případně potrhněte**)**

Je upoután trvale – převážně na lůžko ANO NE

Je schopen vstát z lůžka, uléhání, změnit polohu ANO NE

Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby ANO NE

Je schopen chůze s pomocí - hole

 - berle jedné dvou

 - chodítka

Pohybuje se na invalidním vozíku ANO NE

Je schopen se sám - najíst ANO NE

 - vykoupat ANO NE

 - obléci ANO NE

 - obout ANO NE

 - sedět ANO NE

 - orientovat se v přirozeném prostředí ANO NE

 - orientovat se v čase ANO NE

 - navazovat kontakt, komunikace s jinou osobou ANO NE

Inkontinence - trvale ANO NE

 - občas ANO NE

 - v noci ANO NE

Je v péči specializovaného ZZ nebo lékaře – kterého:

Potřebuje zvláštní péči- jakou:

**VII. Přílohy:**

- U TBC onemocnění (i v anamnéze) musí být vyjádření specializovaného ZZ pro léčbu

 tuberkulózy

- jiné důležité informace o zdravotním stavu (RTG, laboratoř, apod.)

……………………. ……………………………………………..

 (datum) ( podpis a razítko ošetřujícího lékaře)

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**VIII. Vyjádření smluvního lékaře domova o vhodnosti umístění:**

Posuzovaná osoba **je vhodná není vhodná**

**pro poskytování sociální služby /** Domov pro seniory – dle§ 49 zákona č.108/2006 Sb./

V Ludmírově ……………………….. ………………………………………..

(podpis a razítko lékaře)