

## Žádost o poskytnutí sociální služby v Domově seniorů Prostějov, p. o.

služba: Domov pro seniory (§ 49 zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách)

Žadatel /ka/: .....  
(jméno, příjmení, rodné jméno, titul)

Narozen /a/: .....  
(den, měsíc, rok a místo)

Trvalé bydliště (včetně PSČ): .....  
.....

Adresa skutečného pobytu .....  
(vyplňte v případě, že se žadatel nezdržuje na adrese trvalého bydliště)

Státní příslušnost: .....

Telefon (mobil), E- mail:.....

Stupeň přiznaného příspěvku na péči: .....  
(nutno doložit kopii o přiznání příspěvku)

Bylo požádáno o příspěvek na péči: .....  
(datum, obec, přiložit kopii žádosti o příspěvek)

Bylo požádáno o navýšení příspěvku na péči: .....  
(datum, obec, přiložit kopii žádosti o příspěvek)

### **Zájem o poskytování služby** (zakroužkujte)

**V případě volného místa mám zájem o okamžitý nástup.**

**V případě naplněné kapacity souhlasím se zařazením mé žádosti do pořadníku: ANO NE**

Jméno, adresa, telefon a e-mail zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům (nutno přiložit kopii rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům a usnesení soudu o určení opatrovníka):

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

**Důvod podání žádosti o službu** (sdělení informací, co vás vedlo k podání žádosti, a co od služby očekáváte)?

**Popište, jestli máte nějaké poruchy v oblasti komunikace, paměti, myšlení, vnímání:**

**Doplňte, jakou konkrétní podporu a pomoc potřebujete zajistit v níže uvedených oblastech**  
(vyplňte pouze ty oblasti, ve kterých vnímáte, že potřebujete z naší strany zajistit podporu):

• **Úprava pokojů**

.....  
.....

• **Prádlo** – praní, žehlení, drobné opravy

.....  
.....

• **Stravování** – příprava stravy, dieta, potraviny, které nemohu, alergie atd.

.....  
.....

• **Hygiena**

.....  
.....

• **Oblékání a svlékání oděvů, obuvi, kompenzačních či specifických pomůcek**

.....  
.....

• **Orientace v prostoru** (vnitřní i vnější)

.....  
.....

• **Zdravotní péče**

.....  
.....

• **Nácvik či udržení schopností a dovedností v péči o vaši osobu**

.....  
.....

• **Úklid a další péče o domácnost**

.....  
.....

• **Trávení volného času, zájmové činnosti**

.....  
.....

• **Vyřizování běžných záležitostí** (jednání na úřadech apod.)

.....  
.....

**Uved'te osoby, které můžeme kontaktovat v případě, že se s Vámi nebudeme moci spojit.**

1. Jméno a příjmení.....e-mail: .....

Adresa (včetně PSČ).....

Telefon: .....

2. Jméno a příjmení.....e-mail: .....

Adresa (včetně PSČ).....

Telefon: .....

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl (a) pravdivě a jsem si vědom (a) případných následků, které by pro mě z nepravdivosti sdělených údajů vyplývaly (pozn. zastavení projednávání žádosti). Jsem si vědom (a), že zamlčení skutečností rozhodných pro přijetí může být důvodem k neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby, případně o její ukončení.

Jsem si vědom (a), že nejpozději do 15 dnů jsem povinen (a) ohlásit veškeré změny, které v uvedených údajích nastaly (změna bydliště, změna telefonního čísla, změna zdravotního stavu,...).

Byl (a) jsem poučen (a) o svých právech podle zákona č.101/200 Sb., o ochraně osobních údajů dle GDPR, a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů k mé osobě pro účely posouzení mé žádosti o přijetí do Domova seniorů Prostějov, p. o. Tento souhlas uděluji po celou dobu projednávání žádosti, užívání služby a dobu nutnou k archivaci. Tento souhlas může být kdykoliv odvolán, ale v případě, že bude odvolán, žádost nebude moci být posouzena.

**Datum:**

.....  
**čitelný podpis pouze žadatele**

- Poznámka: 1) Je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům – podepisuje žádost soudem stanovený Opatrovník.  
2) V případě, že již občan nemá zájem o službu, informuje zařízení písemně, popř. na telefon: 582 402 135, 582 402 136.

**Přílohy k žádosti:**

1. **Potvrzení o příspěvku na péči, popř. kopii žádosti**
2. Plná moc – pokud žádost o umístění vyřizuje jiná osoba než žadatel
3. U žadatele zbaveného způsobilosti k právním úkonům – kopii rozhodnutí soudu o zbavení způsobilosti k právním úkonům a usnesení o určení opatrovníka

Žádosti zasílejte na adresu:

Domov seniorů Prostějov, příspěvková organizace

Nerudova 1666/70, 796 01 Prostějov



# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

## o zdravotním stavu žadatele žádajícího o poskytnutí pobytové sociální služby

Prosíme lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství, popřípadě v situaci umístění osoby v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jejich ošetřujícího lékaře, o vyplnění zdravotních údajů této osoby dle níže uvedených kategorií dat z důvodu jejich dalšího posuzování individuálních potřeb osoby vyplývajících ze zdravotních stavů registrovanými všeobecnými sestrami dané sociální služby.

### 1. Žadatel

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

### 2. Základní diagnóza (dle MKN, s doplněním slovně):

### 3. Ostatní choroby nebo chorobné stavy (dle MKN, s doplněním slovně):

### 4. Informace o soběstačnosti uživatele: (Nehodící se škrtněte, u otevřených otázek doplňte)

#### Mobilita

Je osoba schopna chůze bez cizí pomoci?                                  Ano    Ne

Pohybuje se osoba za pomoci kompenzačních pomůcek?                                  Ano    Ne

Pokud ano, jakých: .....

Je osoba schopna polohy vsedě?    Ano    Ne

Je osoba zcela imobilní?    Ano    Ne

#### Orientace

Je osoba orientována místem    Ano    Ne

Je osoba orientována časem?    Ano    Ne

Je osoba orientována prostorem?    Ano    Ne

Pokud osoba není orientována, napište, jak se dezorientace v dané oblasti projevuje:

.....  
.....

#### Komunikace

Komunikuje osoba verbálně?    Ano    Ne

Pokud ano, jsou její odpovědi přiléhavé?    Ano    Ne

Komunikuje osoba neverbálně (mimoslovně, alternativním způsobem)?    Ano    Ne

- Pokud ano, jak: .....

## **Smyslové schopnosti**

Má osoba nějaké smyslové omezení (zrak, sluch)? Ano Ne  
- Pokud ano, jaké využívá kompenzační pomůcky: .....

## **Stravování**

Má osoba nějaké dietní omezení? Ano Ne  
- Pokud ano, jaké: .....

Je potřeba osobě stravu porcovat či mixovat? Ano Ne  
Podává se osobě strava do sondy? Ano Ne  
- Pokud ano, jaká: .....

## **Fyziologické potřeby**

Trpí osoba inkontinencí moče? Ano Ne  
- Pokud ano, má zavedený permanentní katetr? Ano Ne  
Trpí osoba inkontinencí stolice? Ano Ne  
Je třeba sledovat bilanci tekutin? Ano Ne

## **Péče o zdraví**

Je osoba schopna sama dodržovat léčebný režim? Ano Ne  
Potřebuje osoba pomoci s přípravou léků a léčivých přípravků? Ano Ne  
Je osoba schopna sama si podat léky a léčivé přípravky? Ano Ne  
Je potřeba při podávání léků kontrolovat polykací reflex? Ano Ne

## **5. Potřeba zajištění zdravotní péče mimo zdravotnické zařízení**

Potřebuje osoba napojení na monitorovací systém sledující základní životní funkce? Ano Ne  
  
Potřebuje osoba kyslíkovou terapii? Ano Ne  
Potřebuje osoba jiné přístrojové vybavení ke svému životu? Ano Ne  
- Pokud ano, jaké: .....

Potřebuje osoba jinou zdravotní péči speciální? Ano Ne  
- Pokud ano, jakou: .....

## **6. Bezinfekčnost osoby**

Prodělala osoba v uplynulých 3 měsících nějaké infekční nebo parazitologické onemocnění? Ano Ne

Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:

.....  
Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:

.....

## **7. Zhodnocení duševního stavu**

Projevuje se u osoby zapomínání? Ano Ne  
Je osoba schopna pochopit obsah a účel sdělovaných informací? Ano Ne  
Projevují se znaky verbální či fyzické agrese? Ano Ne  
- Pokud ano, jaké: .....

Projevují se znaky sebepoškozování? Ano Ne  
Změnilo se vlivem duševního stavu chování této osoby? Ano Ne  
- Pokud ano, jak: .....

**8. Alkoholismus a jiné toxikománie**

Užívá osoba nadměrně alkohol?

Ano Ne

Užívá osoba nadměrně jiné návykové látky?

Ano Ne

- Pokud ano, jaké: .....

Změnilo se vlivem užívání těchto látek chování osoby?

Ano Ne

- Pokud ano, jak: .....

**9. Další doplňující důležité informace o zdravotním stavu osoby**

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

**Doporučujeme:**

K tomuto formuláři připojit kopie posledních zpráv z vyšetření odborných lékařů – specialistů (neurolog, psychiatr apod.).

Dne: .....

Jméno a příjmení, podpis,  
razítko lékaře

Prosíme o přesné a pečlivé vyplnění tiskopisu a nezamlčování důležitých skutečností.





# Domov seniorů Prostějov

p ř í s p ě v k o v á o r g a n i z a c e  
796 01 Prostějov, Nerudova 70, telefon 582 402 135; 582 402 136

## DOTAZNÍK K ŽÁDOSTI

<b>JMÉNO A PŘÍJMENÍ:</b>	<b>DATUM NAROZENÍ:</b>
<b>BYDLIŠTĚ:</b>	<b>Za DS zpracoval, DATUM, BODY:</b>

### I. KDE SE MOMENTÁLNĚ ŽADATEL NACHÁZÍ?

Vyberte pouze jednu z možností:

- jsem ve svém domácím prostředí, péči zajišťuje rodina nebo terénní sociální služby
- jsem ve zdravotním zařízení (LDN, ADP-SANCO, OLÚ atd.) a domů se již nemohu vrátit, vzhledem k mému zdravotnímu stavu by mi neměl kdo poskytnout potřebnou péči
- bydlím u rodiny, ale ta již péči o mě nezvládá
- jiné (vypište):

### II. DOPAD NEPŘÍZNIVÉ SOCIÁLNÍ SITUACE

#### 1. Mobilita a zvládání péče o vlastní osobu

Vyberte pouze jednu z možností:

- jsem zcela soběstačný/á
- jsem soběstačný/á, ale potřebuji občas dopomoc s úkony péče
- jsem mobilní bez pomoci druhé osoby za použití kompenzační pomůcky (hůl, chodítka, samostatně na invalidním vozíku atd.), pomoc potřebuji jen s některými úkony péče
- jsem převážně upoutaný na lůžko, chůzi zvládám pouze s kompenzační pomůckou (hůl, chodítka, invalidní vozík s dopomocí atd.) a s doprovodem, potřebuji dopomoc téměř se všemi úkony péče
- jsem mobilní v rámci lůžka, ale jinak potřebuji dopomoc téměř se všemi úkony péče o vlastní osobu (strava, hygiena, nákupy, úklid atd.)
- jsem trvale upoután/a na lůžko, potřebuji ošetrovatelskou péči 24 hodin denně

#### 2. Mentální schopnosti

Vyberte pouze jednu z možností:

- nezapomínám
- zapomínám částečně
- zapomínám zcela

#### 3. Potřebuji pomoc s orientací

Vyberte jednu nebo více možností:

- v čase
- v místě
- osobou
- v situaci

#### 4. Komunikace

Vyberte pouze jednu z možností:

- a) běžná komunikace
- b) komunikuji odlišně, vypište jak: \_\_\_\_\_
- c) nekomunikuji vůbec

#### 5. Stravování a podání tekutin

Vyberte pouze jednu z možností:

- a) najím a napiji se samostatně
- b) částečná pomoc - donáška stravy, úprava (mletá, nakrájet), jím a piji samostatně
- c) úplná pomoc - podání stravy do úst, PEG

#### 6. Vykonávání fyziologických potřeb

Vyberte pouze jednu z možností:

- a) samostatně, případnou výměnu inkontinentních pomůcek zvládám bez pomoci
- b) částečná pomoc - při použití WC, toaletního křesla, močové láhve či permanentního katétru
- c) úplná pomoc - při výměně inkontinentních pomůcek, použití WC, toaletního křesla, močové láhve či permanentního katétru

#### 7. Tělesná hygiena

Vyberte pouze jednu z možností:

- a) koupel, sprchu zvládám samostatně
- b) částečná pomoc při koupeli, vypište jaká: \_\_\_\_\_
- c) úplná pomoc při koupeli

#### 8. Nevhodné bytové podmínky

Vyberte jednu nebo více možností:

- a) schody (k domu), byt v patře bez výtahu
- b) bariéry v bytě (prahy, vana, schody)
- c) topení na tuhá paliva, WC či voda mimo byt

#### 9. Oblékání, obouvání

Vyberte jednu nebo více možností:

- a) potřebuji připravit oblečení, obuv
- b) neobuji se sám/a
- c) částečně se obléknu, obuji (svléknu, vyzuju)
- d) neobléknu se sám/a

**Jaké jsou vaše aktivity ve volném čase (sledování TV, četba, vaření, ruční práce atd.)**

Vypište:

### III. DOSTUPNOST TERÉNNÍCH A AMBULANTNÍCH SLUŽEB

#### 1. Jsou v dosahu Vašeho bydliště dostupné sociální služby?

Vyberte pouze jednu z možností:

- a) ano
- b) ano, služby jsou dostupné, ale jsou pro mé potřeby nedostačující
- c) ne

#### 2. Které z níže uvedených služeb využíváte nebo které Vám zajišťuje rodina či jiná osoba?

Vyplňte i v případě, kdy jste ve zdravotnickém zařízení (LDN, ADP SANCO, OLÚ).

Vyberte jednu nebo více možností:

- a) podání léků
- b) dovoz obědů
- c) koupání, tělesná hygiena
- d) úklid, praní
- e) nákupy
- f) jiné (vypište):

### IV. PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

#### 1. Pobíráte příspěvek na péči?

Vyberte pouze jednu z možností:

- a) ano
- b) ne
- c) příspěvek je ve vyřizování

#### 2. Jaký stupeň příspěvku na péči pobíráte?

Tuto odpověď vyplňte jen v případě, že jste v předchozí odpovědi uvedl/a ANO.

Vyberte pouze jednu z možností:

- |    |             |           |
|----|-------------|-----------|
| a) | I. stupeň   | 880 Kč    |
| b) | II. stupeň  | 4 400 Kč  |
| c) | III. stupeň | 8 800 Kč  |
| d) | IV. stupeň  | 13 200 Kč |

### V. VAZBA K OLOMOUCKÉMU KRAJI

#### 1. Máte trvalý pobyt v Olomouckém kraji?

- a) ne
- b) ne, ale bydlí zde rodina, přátelé, bývalé pracoviště, bydliště atd.
- c) ano

V.....

Dne.....

.....  
podpis žadatele/ky



## Souhlas žadatele o sociální službu

Správce osobních údajů: Domov seniorů Prostějov, p. o., Nerudova 1666/70,  
796 01 Prostějov (dále jen DS PV)

Pověřenec pro ochranu osobních údajů: RNDr. Michal Musil, Náměstí T. G. Masaryka 76/19;  
751 31 Lipník nad Bečvou,  
+420 608 931 161, m.musil.cz@seznam.cz

Já, níže podepsaný/á, uděluji výslovný a informovaný souhlas ke zpracování mých osobních údajů a zvláštních kategorií osobních údajů příspěvkové organizaci DS PV za účelem:

Příspěvková organizace DS PV zpracovává mé osobní údaje i zvláštní kategorie osobních údajů v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o poskytnutí sociální služby.

- Souhlas uděluji na celou dobu od předání žádosti do nástupu do zařízení pro poskytování sociální služby.
- Zpracovávané osobní údaje a zvláštní kategorie osobních údajů jsou uchovávány po dobu stanovenou zvláštními právními předpisy a Skartačním plánem příspěvkové organizace DS PV.
- Údaje zpracovávané za tímto účelem nejsou předávány žádným dalším příjemcům, vyjma situací, kdy tak ukládá zvláštní zákon.

Při zpracování osobních údajů u příspěvkové organizace DS PV nedochází k automatizovanému zpracování, na jehož základě by byly činěny úkony či rozhodnutí, jejichž obsahem by byl zásah do mých práv či mých oprávněných zájmů.

Mám právo:

- a) svůj souhlas kdykoliv odvolat písemným sdělením, předaným pověřenci pro ochranu osobních údajů,
- b) požadovat umožnění přístupu ke svým osobním údajům,
- c) požadovat opravu nepřesných osobních údajů (pokud se domníváte, že osobní údaje zpracovávané u příspěvkové organizace DS PV jsou nepřesné),
- d) požadovat vymazání svých osobních údajů, popř. požadovat omezení jejich zpracování,
- e) podat stížnost u dozorového orgánu.

Vaše požadavky budou vždy řádně posouzeny a vypořádány v souladu s příslušnými ustanoveními obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR).

Svá práva vůči příspěvkové organizaci uplatňujte písemně cestou pověřence pro ochranu osobních údajů.

Příjmení a jméno:

Podpis:

V ..... dne .....



## PLNÁ MOC

dle Občanského zákoníku § 436-488 a § 441-456 a následných

Já, níže podepsaný (dále jen „Zmocnitel“)

**Jméno, příjmení:**

narozen:

bytem:

číslo občanského průkazu:

### uděluji plnou moc

níže podepsanému (dále jen „Zmocněnec“)

**Jméno, příjmení:**

narozen:

bytem:

číslo občanského průkazu:

**k tomu, aby mne zastupoval ve všech věcech spojených a souvisejících s podáním žádosti, nástupem a pobytem v Domově seniorů Prostějov, p. o.:**

- činil mým jménem veškeré úkony, včetně úkonů písemných,
- podával návrhy a žádosti,
- přijímal veškeré doručované písemnosti,
- podával řádné i mimořádné opravné prostředky a vzdával se jich,
- přijímal plnění nároků, jejich přijetí potvrzoval a případně neplněné nároky vymáhal,
- uznával uplatněné nároky, případně se nároků vzdával a uzavíral smíry.

Tato plná moc se uděluje na dobu neurčitou.

V ..... dne.....

Zmocnitel: .....  
*podpis*

Výše uvedené zmocnění přijímám:

Zmocněnec: .....  
*podpis*