

## Žádost o poskytnutí sociální služby

pobytové odlehčovací sociální služby

(odlehčovací služba dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb.)

pro osoby vyžadující dohled či péči

### Příjemce sociální služby:

Jméno a příjmení..... Titul .....

Datum narození..... Místo narození..... RČ.....

Rodinný stav .....

Trvalé bydliště ..... PSČ.....

Kontaktní adresa ..... PSČ.....

Telefon ..... E-mail:.....

Žadatel je držitelem průkazu: TP ZTP ZTP/P

Zdravotní pojišťovna ..... Praktický lékař .....

Očkování covid-19 (vakcína a datum).....

Omezení způsobilosti k právním úkonům ANO  NE

Rozsah omezení: .....

Opatrovník – jméno a příjmení: ..... Telefon: .....

### Kontaktní osoby:

1. Jméno a příjmení..... Vztah k žadateli .....

Adresa ..... PSČ.....

Telefon ..... E-mail.....

2. Jméno a příjmení..... Vztah k žadateli .....

Adresa ..... PSČ.....

Telefon ..... E-mail.....

Žadatel pobírá příspěvek na péči (zaškrtněte):

|                             |                     |                    |
|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| stupeň I. (lehká závislost) | stupeň III. (těžká) | nepobírá příspěvek |
| stupeň II. (středně těžká)  | stupeň IV. (úplná)  | má zažádáno        |

**Důvod zavedení sociální služby:**

(Co žadatel nezvládá, v čem potřebuje pomoci atd.)

Požadované datum nástupu na odlehčovací sociální služby Domu Ludmila / zahájení sociální služby:

Požadované datum ukončení odlehčovací služby Domu Ludmila / ukončení sociální služby:

**Žadatel je povinen před nástupem do sociální služby informovat vedoucí sociálních služeb nebo sociálního pracovníka o skutečnosti, zda v jednom měsíci bude využívat služeb jiné odlehčovací služby. Na pozdější reklamace nebude moc být brán zřetel a vyfakturovanou částku nebude možno revidovat.**

**Soběstačnost a orientace:**

|       |                        |                      |               |                          |                 |
|-------|------------------------|----------------------|---------------|--------------------------|-----------------|
| Chůze | plně pohyblivý/á       |                      |               |                          |                 |
|       | s kompenzační pomůckou | hůl/hole             | berle/2 berle | chodítko                 | invalidní vozík |
|       | trvale na lůžku:       | pohyblivý/pohyblivá: |               | nepohyblivý/nepohyblivá: |                 |

|              |                         |                |                        |          |                            |                |
|--------------|-------------------------|----------------|------------------------|----------|----------------------------|----------------|
| Stravování   | Dieta                   |                | NE                     | ANO      |                            |                |
|              | stravuje se sám/a       |                | stravuje se s dopomocí |          | stravování sám/a nezvládá  |                |
| Léky         | užívá sám/a             |                | užívá s dopomocí       |          | podání léků sám/a nezvládá |                |
| Hygiena      | samostatně              |                | s dopomocí             |          | hygienickou péči nezvládá  |                |
| Inkontinence | ne                      | ano – pomůcky: | v noci                 | přes den | nepřetržitě                |                |
| Oblékání     | samostatně              |                | s dopomocí             |          | nezvládne se sám/a obléci  |                |
| Smysly       | Sluch:                  | dobry          | nedoslýchavost         |          | neslyšící                  | naslouchadlo   |
|              | Zrak:                   | dobry          | zhoršený               |          | zbytky zraku               | nevidomý/á     |
| Orientace    | v přirozeném prostředí: |                | plně se orientuje      |          | s dopomocí                 | neorientuje se |
|              | v čase:                 |                | plně se orientuje      |          | s dopomocí                 | neorientuje se |
|              | v osobách:              |                | plně se orientuje      |          | s dopomocí                 | neorientuje se |
|              | v situacích:            |                |                        |          |                            |                |

|                |
|----------------|
| Mentální stav: |
|                |
|                |

Je-li žadatel v péči specializovaného zdravotnického zařízení nebo lékaře specialisty uveďte jakého:

**UPOZORNĚNÍ:**

Při nástupu k pobytu je nutné, aby byl žadatel vybaven léky a jinými zdravotními pomůckami a potřebami, které pravidelně užívá nebo které mu jsou aplikovány, včetně SOS medikace.

**Pokud v době pobytu je potřeba zajištění domácí zdravotní péče, je nutné, aby lékař vypsál na dobu pobytu poukaz na domácí péči. Rozsah a specifikace domácí zdravotní péče lékař dohodne s vedoucí DP Malyra, s. r. o., na telefonu 723 989 016.**

**VYPLNÍ PRAKTICKÝ LÉKAŘ ŽADATELE:**

V době poskytování odlehčovacích sociálních služeb v Domě Ludmila jsou pracovníky v přímé péči poskytovány pouze sociální služby.

Sociální službou NENÍ: dávkování a podávání léků, aplikace inzulínu, jiné parenterální aplikace, převazy defektů, dekubitů, bandáže, ošetřovatelská rehabilitace, péče o PEG a aplikace do PEGu, ošetřování stomíí apod. (tyto úkony pracovníci v sociálních službách dle zákona vykonávat nemohou). Pro tyto úkony je k dispozici služba domácí zdravotní péče, hrazená ze zdravotního pojištění po předchozí indikaci praktickým lékařem.

**Pokud v době pobytu je potřeba zajištění domácí zdravotní péče, je nutné, aby lékař vypsál na dobu pobytu poukaz na domácí péči.**

**Rozsah a specifikace domácí zdravotní péče je třeba domluvit s vedoucí DP Malyra s.r.o. na telefonu 723 989 016.**

**Zvláštní upozornění** (zejména sdělení o případné pozitivitě u chronických hepatitid, eventuálně jiný závažný nález, alergie, dietní omezení):

**KONTRAINDIKACE PŘIJETÍ K PŘECHODNÉMU POBYTU:**

- závažná psychiatrická onemocnění včetně alkoholismu
- neodpovídá cílová skupina žadatele (*naše cílové skupiny: senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s tělesným postižením*)
- nestabilizovaný zdravotní stav, infekční nemoci, chronický alkoholismus, toxikománie

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb. ustanovené podle § 119 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

|   |     |    |
|---|-----|----|
| V době pobytu je potřeba zajištění domácí zdravotní péče: | Ano | Ne |
|---|-----|----|

**Další sdělení lékaře k pobytu:**

|                |  |  |
|----------------|--|--|
| .....<br>datum | .....<br>jméno a telefonní kontakt<br>na ošetřujícího lékaře | .....<br>podpis a razítko<br>ošetřujícího lékaře |
|----------------|--|--|

Žadatel / příbuzní nebo osoba blízká / opatrovník podává v této žádosti pravdivou informaci o sociální situaci a zdravotním stavu žadatele. Při změně zdravotního stavu musí konzultovat s pověřenou osobou Domu Ludmila, zda je nástup možný. Pokud tak nebude učiněno nebo bude-li nějaká významná informace zamlčena, je poskytovatel oprávněn žadatele nepřijmout. Žadatel souhlasí s tím, aby osobní údaje (nikoli údaje o zdravotním stavu) žadatele, byly dány k dispozici státním orgánům, které poskytovatele služby dotují.

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

.....  
jméno a podpis žadatele

.....  
podpis osoby trvale pečující/opatrovníka

## Lékařský posudek

### *Pobytové odlehčovací sociální služby pro osoby vyžadující dohled či péči*

| Základní údaje o posuzované osobě   |                        |
|---|------------------------|
| Jméno a příjmení:   |                        |
| Datum narození:   |                        |
| Trvalé bydliště:  |                        |
| Skutečné bydliště:  |                        |
| Posouzení   |                        |
|   | <i>Stručně popište</i> |
| Je osoba schopna sama právně jednat o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby? <sup>1</sup>                                  |                        |
| Jaká zdravotní péče je u osoby nezbytná vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu? Co by bezprostředně hrozilo při jejím nezajištění? |                        |
| Jaký je aktuální duševní stav osoby?  |                        |
| Jaká je schopnost posoudit svou situaci a sám ji řešit?   |                        |

Je-li pacient v péči neurologa pro jakékoliv záchvatové onemocnění nebo je v péči psychiatra pro jakoukoliv formu demence, žádáme též o vyplnění formuláře **Lékařský posudek odborným lékařem**, který najdete na další straně.

<sup>1</sup> Je posuzována složka volní a rozumová týkající se právního jednání posuzované osoby. Nejedná se tedy například o pouhý deficit v samotném psaní či čtení. Situace, kdy osoba není schopna číst anebo psát není řešena ustanovením § 91 odst. 6 zákona o sociálních službách, ale postupem podle § 563 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Žádáme o zřejmou specifikaci této skutečnosti v bližším zdůvodnění.

## Lékařský posudek odborným lékařem

### *Pobytové odlehčovací sociální služby pro osoby vyžadující dohled či péči*

Tento posudek slouží k účelům sociální služby. Nejsme uzavřené speciální oddělení, zajistíme péči o klienty s různou formou demence, kteří jsou imobilní, závislí na péči druhé osoby, nekonfliktní vůči kolektivu, postaráme se i o mobilní klienty, kteří nemají sklony k útěku.

**V případě, že posuzovaná osoba není v péči odborného lékaře, žádáme praktického lékaře o vyplnění, aby se ke stavu posuzované osoby vyjádřil.**

| Základní údaje o posuzované osobě |                                   |                                    |                                  |                            |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Jméno a příjmení:                 |                                   |                                    |                                  |                            |
| Datum narození:                   |                                   |                                    |                                  |                            |
| Trvalé bydliště:                  |                                   |                                    |                                  |                            |
| Skutečné bydliště:                |                                   |                                    |                                  |                            |
| Posouzení                         |                                   |                                    |                                  |                            |
|                                   | Odpověď (zaškrtněte nebo doplňte) |                                    |                                  |                            |
| Proč pacient ordinaci navštěvuje? |                                   |                                    |                                  |                            |
| Aktuální pravidelná medikace      |                                   |                                    |                                  |                            |
| Typ demence                       | Alzheimerova choroba              | Korová demence s Lewyho tělísky    | Demence při Parkinsonově chorobě | Frontotemporální demence   |
|                                   | Huntingtonova choroba             | Progresivní supranukleární porucha | Ischemicko vaskulární demence    | Ostatní sekundární demence |
|                                   | Jiné (popište) :                  |                                    |                                  |                            |

| Závažnost stavu  | Mírná                   | Střední                          | Středně těžká   | Těžká           |
|--|-------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Orientace</b>   | V přirozeném prostředí: | Plně se orientuje                | S dopomocí      | Neorientuje se  |
|  | V čase:                 | Plně se orientuje                | S dopomocí      | Neorientuje se  |
|  | V místě:                | Plně se orientuje                | S dopomocí      | Neorientuje se  |
|  | V osobách:              | Plně se orientuje                | S dopomocí      | Neorientuje se  |
|  | V situacích:            | Plně se orientuje                | S dopomocí      | Neorientuje se  |
| <b>Pohyb</b>   | Plně pohyblivý          | Pohyblivý s kompenzační pomůckou |                 | Trvale na lůžku |
| <b>Fyzická zdatnost (vztažmo k útoku vůči druhé osobě) napište svůj subjektivní názor.</b> |                         |                                  |                 |                 |
| <b>Jak osoba reaguje při nepohodě?</b>   | Agrese:                 | Verbální                         | Neverbální      |                 |
|  | Útěk                    | Úkryt                            | Stažení do sebe |                 |
|  | Nemluvnost:             | Nesrozumitelnost                 | Překotná řeč    |                 |
|  | Jiné (popište):         |                                  |                 |                 |
| <b>Je pacient sexuálně aktivní?</b>  | ANO                     |                                  | NE              |                 |
| <b>Může absence sexu vyvolat agresivní chování?</b>  | ANO                     |                                  | NE              |                 |
| <b>Může změna prostředí vyvolat reakci formou jakékoliv agrese?</b>                        | ANO                     |                                  | NE              |                 |
| <b>SOS medikace pro případ agility/agrese</b><br>Může aplikovat sestra DP                  |                         |                                  |                 |                 |

Datum: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře \_\_\_\_\_

### Informace pro lékaře – poskytovatele zdravotních služeb:

Tento posudek je vydáván pro účely ustanovení § 91 odst. 6 a § 91a odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. **Účelem posouzení schopnosti dané osoby právně jednat** je zjistit, zda pro ochranu práv a zájmu osob je zapotřebí právního zastoupení při uzavření smlouvy o poskytování sociální služby. Podstatou jsou otázky, zda je osoba schopna vyjádřit volbu; porozumět; rozvažovat; a hodnotit důsledky rozhodnutí. **Účelem posouzení potřebné péče a schopnosti posoudit svou situaci** je určení, zda by z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou byla osoba bez poskytnutí pobytové sociální služby ohrožena na životě nebo by jí hrozila vážná porucha zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí. Podstatou otázky je povaha nebezpečí hrozícího při nezajištění služby a schopnost osoby ohrožující skutečnosti rozpoznat, vyhodnotit a reagovat na ně. **Posudek lékaře slouží jako podklad pro samostatnou úvahu obecního úřadu obce s rozšířenou působností.**

Ustanovení § 91 odst. 6 zákona: „Osobu, která podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby, nebo jde-li o poskytnutí pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb nebo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče podle § 52, obecní úřad obce s rozšířenou působností podle sídla tohoto zařízení.“

Ustanovení § 91a zákona:

„(1) Opatrovník nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností, postupuje-li podle § 91 odst. 6, může za osobu, která s uzavřením smlouvy o poskytování pobytové sociální služby v zařízení sociálních služeb neprojevila souhlas, uzavřít takovou smlouvu a její změny pouze v případě, že

- a) neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo její život nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí a
- b) nezbytnou podporu a pomoc jí nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením.

(2) Podmínku uvedenou v odstavci 1 písm. a) posuzuje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb.“

**Jméno a příjmení lékaře**



**Aktuální rozpis medikace:**

V případě, že dojde k nepravdělně vznikající situaci ve zdravotním stavu, je možné podat SOS medikaci (medikace dle potřeby např. při nespavosti, uklidnění, změně nálad apod.) – vyjmenujte:

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

.....  
podpis a razítko poskytovatele zdravotních služeb