

## Žádost o poskytnutí sociální služby

ambulantní odlehčovací sociální služba

(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

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

✓ pondělí–pátek	od	do	hod.
✓ pondělí–neděle	od	do	hod.
✓ pondělí	od	do	hod.
✓ úterý	od	do	hod.
✓ středa	od	do	hod.
✓ čtvrtek	od	do	hod.
✓ pátek	od	do	hod.

**Požadované datum ukončení ambulantní 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.**

**Důvod zavedení sociální služby:**

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

**Soběstačnost a orientace:**

Chůze	plně pohyblivý/á				
	s kompenzační pomůckou	hůl/hole	berle/2 berle	chodítka	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 (neurolog, psychiatr,...), 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 odlehčovací sociální služby 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, ošetrovatelská rehabilitace, péče o PEG a aplikace do PEGu, ošetřování stomií 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 lékař dohodne 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):



## Lékařský posudek

### Ambulantní 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

### *Ambulantní 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) :			
<b>Závažnost stavu</b>	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> 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