



**ŽÁDOST – ODLEHČOVACÍ SLUŽBA  
O PŘIJETÍ DO DOMOVA SV. KARLA BOROMEJSKÉHO  
K Šancím 50/6, Praha 17 – Řepy, 163 00**

--

**Údaje o žadateli:**

<b>Titul, jméno a příjmení</b>		<b>Stav</b>	
<b>Datum narození</b>		<b>Státní přísluř.</b>	
<b>Trvalé bydliště</b>		<b>Pojišť'ovna</b>	
<b>Faktické bydliště</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Příspěvek na péči:</b>	ANO/NE		

**Kontaktní osoby / nejbliřší příbuzní:**

<b>Titul, jméno a příjmení</b>		<b>Příbuzenský poměr</b>	
<b>Bydliřtě</b>		<b>Zaměstnání</b>	
<b>Tel. domů</b>		<b>Tel. do zaměstnání</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Mobil</b>	

<b>Titul, jméno a příjmení</b>		<b>Příbuzenský poměr</b>	
<b>Bydliřtě</b>		<b>Zaměstnání</b>	
<b>Tel. domů</b>		<b>Tel. do zaměstnání</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Mobil</b>	

**Plátce:**

<b>Titul, jméno a příjmení</b>		<b>Příbuzenský poměr</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Mobil</b>	

**Žadatel přichází odkud:**

<b>Byl již žadatel v našem Domově:</b>		<b>Rok</b>	
--	--	------------	--

<b>Požadované datum přijetí</b>		<b>a propuřtění</b>	
---------------------------------	--	---------------------	--

**Kam bude žadatel po ukončení pobytu odcházet:**

**Žádost do trvalého zařizení:**

**Vyjádření sociální komise Domova sv. Karla Boromejského:**

**Druh pobytu:**

## Prohlášení žadatele, popř. zákonného zástupce

- Jsem si vědom/a, že žádám o pobyt, po jehož ukončení, uplynutím sjednané doby odlehčovací služby, bude žadatel propuštěn do domácí péče nebo přemístěn do jiného zařízení, které si sám (popř. prostřednictvím rodiny) zajistí.
- **Domov nemůže zajistit péči o klienty, kteří pro různé psychické onemocnění (neklid, dezorientace, rušivé projevy atd.) potřebují pobyt na uzavřeném oddělení, individuální přístup nebo zvýšený dohled. Pokud k těmto projevům dojde během pobytu, konziliární lékař zajistí překlad na psychiatrické oddělení nebo po dohodě s rodinou propuštění do domácí péče.**
- **Umíst'ování klientů na jednotlivé pokoje určuje personál Domova. Změna zdravotního stavu nebo organizační důvody mohou být důvodem eventuálního přestěhování.**
- **Pobyt může být ukončen při nerespektování režimu oddělení a pokynů pracovníků nebo při projevech narušujících zásady kolektivního soužití.**
- **Při sociálním pobytu klientům jsou uživatelům poskytovány ošetrovatelské výkony podle indikace praktického lékaře a rehabilitace pouze ošetrovatelská v rozsahu 1x týdně.**
- **Jsem si vědom/a, že ponecháním si cenností či finanční hotovosti u sebe - přes možnost uložení v trezoru, nesu za tyto cennosti a peníze svou odpovědnost. /platí i pro mobilní telefony, tablety, notebooky a příslušenství, naslouchátka apod./**
- **Svým podpisem dávám souhlas se zpracováním a archivací osobních údajů k evidenci žadatele v Domově sv. Karla Boromejského. /v souladu s platnou legislativou/**

Tyto informace беру na vědomí a prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné důležité skutečnosti o zdravotním stavu žadatele.

.....  
podpis žadatele

.....  
podpis zákonného zástupce

.....  
podpis osoby blízké

## Lékařská zpráva odesílajícího lékaře

Základní údaje o soběstačnosti žadatele (doplňte jméno a příjmení):

			Poznámky
Je závislý na pomoci další osoby při chůzi?	ANO	NE	
Je závislý na pomoci další osoby při obsluze?	ANO	NE	
Kompenzační pomůcky	ANO	NE	JAKÉ:
Inkontinence (moč, stolice)	ANO	NE	
Je v péči specializovaného odd.zdrav.zařízení?	ANO	NE	JAKÉHO:
Dieta	ANO	NE	JAKÁ:
Nají se sám	ANO	NE	
Spánek			
Duševní stav			

**Vyplní ošetřující lékař žadatele – klienta** (doplňte jméno a příjmení):

(aktuální zdravotní stav)

Zdravotní stav žadatelky je stabilizován, doporučuji umístění na soc.odlehčovací pobyt, viz příložená zpráva.

**Současná terapie** a její dávkování:

(uvést všechny aktuálně užívané léky žadatele a dávkování)

Viz zpráva

<b>OČKOVÁNÍ:</b>	Pneumokok	ano	ne	název:	datum očkování:
<b>OČKOVÁNÍ:</b>	TAT	ano	ne	název:	datum očkování:
<b>OČKOVÁNÍ:</b>	Jiné	-	název:		datum očkování:
<b>Praktický lékař</b>					
<b>Adresa</b>					
<b>E-mail</b>				<b>Tel</b>	

.....  
datum

.....  
razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil

# **VZOROVÉ VYPLNĚNÍ DOPORUČENÍ LÉKAŘEM**

## **Sociální-odlehčovací pobyt (odb. 913)**

je určeno klientům, kteří nespĺňují zdravotní důvody pro hospitalizaci na lůžku LDN. Převaha důvodů k přijetí jsou důvody sociální (rodina není schopná péči v potřebném rozsahu zajistit, pečující člen rodiny potřebuje nutný odpočinek, apod.). Domov má pro tento druh péče jen 13 míst pro víceméně soběstačné a chodící klienty, kteří potřebují pomoc.

**Potřebnou zdravotní péči indikuje praktický nebo ošetřující lékař na poukazu ORP.**