

ŽÁDOST

O poskytování sociální služby denního stacionáře

CENTRUM SEŇORINA, Na Poříčí 36, Praha 1

Identifikátor: 382630



CENTRUM SEŇORINA
denní péče a terapie

Telefon: 245 00 84 09

Mobil: 604 708 111

ŽADATEL (KLIENT):

Titul, jméno a příjmení		Stav	
Datum narození		Státní příslušnost	
Trvalé bydliště		Telefon	
Faktické bydliště		Telefon	

KONTAKTNÍ OSOBY / NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÍ:

Titul, jméno a příjmení		Příbuzenský poměr	
Bydliště		Zaměstnání	
Tel. domů		Tel. do zaměstnání	
E-mail		Mobil	
Titul, jméno a příjmení		Příbuzenský poměr	
Bydliště		Zaměstnání	
Tel. domů		Tel. do zaměstnání	
E-mail		Mobil	

PLÁTCE SLUŽBY:

Denní stacionář je služba placená. Pokud začne zájemce služby využívat, tyto služby se zavazuje hradit:

Titul, jméno a příjmení		Příbuzenský poměr	
E-mail		Mobil	

Důvod podání žádosti	
Preferované zahájení a četnost návštěvy denního stacionáře	

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE, POPŘ. ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:

Svým podpisem dávám souhlas se zpracováním a archivací osobních údajů (v souladu se Zákonem 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů) k evidenci žadatele v Denním stacionáři Centrum Seňorina.

.....
podpis žadatele

.....
podpis případného opatrovníka

.....
podpis osoby blízké

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ ŽADATELE - KLIENTA:

Vyjádření ošetřujícího lékaře k užívání sociální služby denní stacionář klientem:

Lékařská doporučení správné podpory žadatele o sociální službu v oblasti zdraví:

(Slovně a laicky popsaná doporučení a zákazy, např. paní/pán nesmí jíst sladké, potřebuje podkládat dolní končetiny při sezení, nesmí kofein, potřebuje častěji pít, apod).

Praktický lékař

Adresa

E-mail

Tel

.....
datum

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

.....
datum

.....
podpis osoby, která žádost vyplnila

Vyjádření sociálního pracovníka Denního stacionáře Centrum Seňorina k žádosti:

VSTUPNÍ DOTAZNÍK pro

Titul, jméno a příjmení žadatele



CENTRUM SEŇORINA
denní péče a terapie

více informací je možné sdělit na samostatných přílohách nebo při osobních jednáních

ŽADATEL – KLIENT (*nehodící se - škrtněte)			Poznámky
je závislý na pomoci další osoby při chůzi	ANO	NE *	
je závislý na pomoci další osoby při stravování	ANO	NE *	
je závislý na pomoci další osoby při hygieně	ANO	NE *	
je závislý na pomoci další osoby při toaletě	ANO	NE *	
používá pomůcky pro pohyb:	ANO	NE *	JAKÉ:
používá inkontinenční pomůcky	ANO	NE *	JAKÉ:

SOCIÁLNÍ SITUACE *

(* nehodící se – škrtněte, příp. doplňte)

žiji sám	žiji s rodinou	jinak:
žiji v bytě	žiji v rodinném domě	jinak:
nákup potravin zvládám sám	s občasnou pomocí rodiny	jinak:
běžný úklid zvládám sám	s občasnou pomocí rodiny	jinak:
VZDĚLÁNÍ:		
POVOLÁNÍ:	původní:	poslední:

JSEM SPÍŠE*

společenský	temperamentní	samotářský	uzavřený
-------------	---------------	------------	----------

DOVEDNOSTI, AKTIVITY, ZÁJMY

Dovednosti a Aktivity, např.: hra na hudební nástroj, sport, ruční práce	dřívější:	současné:

ZVYKY, RITUÁLY

SPÁNEK A ODPOČINEK	během dne – jak často:	odpolední spánek:
Doplňující informace, např.: Co mi vadí při usínání/spánku	po obědě – křeslo/postel:	jiné zvyklosti:

JÍDLO A STOLOVÁNÍ	oblíbené jídlo:	odmítané jídlo/potraviny:
Doplňující informace, např.: K obědu si dám pivo, rád/a jím ve společnosti, snídám vždy kávu s mlékem	oblíbené nápoje:	odmítané nápoje:
	jiné zvyklosti:	kuřák / nekuřák

PÉČE O ZEVNĚJŠEK	Sprchování / mytí na židli-lůžku	kadeřník / holič
	jiné zvyklosti:	pedikúra / manikúra

SLEDOVÁNÍ TELEVIZE	rád-a/nerad-a	POSLECH RÁDIA/GRAMOFONU	rád-a/nerad-a	
ČETBA	rád-a/nerad-a	sám-a/předčítání	VYUŽITÍ INTERNETU	ano/ne

DALŠÍ ZVYKY, RITUÁLY, PŘÁNÍ (detailněji budou zkoumány v rámci programu „Z mého života“):

MŮJ DOBRÝ DEN JE KDYŽ:

ŠPATNÝ DEN JE KDYŽ:

NEMÁM RÁD/A, NEPŘEJI SI :

Datum:.....

Podpis:.....

Souhlas s uschováním údajů o zdravotním stavu a medikaci v zalepené obálce u pracovníků denního stacionáře CENTRUM SEŇORINA.

Denní stacionář Centrum Seňorina je sociální, nikoli zdravotní, služba, stacionář proto neshromažďuje údaje o zdravotním stavu uživatelů služby. V případě náhlého výrazného zhoršení zdravotního stavu je přivolána rychlá záchranná služba. Pro informování rychlé zdravotnické služby uděluji souhlas, aby byl vyplněný formulář o mém zdravotním stavu a aktuální léčbě uložen v zalepené nadepsané obálce a v případě potřeby předán pracovníkům rychlé záchranné služby. Obálka zůstává v majetku uživatele sociální služby.

V Praze dne:

ANO souhlasím

NE nesouhlasím

podpis uživatele

podpis případného opatrovníka

podpis osoby blízké