



**Centrum sociálních služeb Prostějov, p. o.**  
**Lidická 86, 796 01 Prostějov, IČ: 479 21 293**  
**Tel. 582 321 454 – sociální pracovnice**

Datum přijetí žádosti:

**Stav žádosti:**

Přijata

Zamítnuta (důvod)

**Žádost o poskytnutí sociální služby Domov se zvláštním režimem  
pro osoby s Alzheimerovou chorobou**

**Žadatel/ka:** .....

(jméno, příjmení)

**Narozen/a:** .....

(den, měsíc, rok)

**Trvalé bydliště:** .....

**Místo aktuálního pobytu:** .....

**Telefon (mobil):** .....

**E-mail:** .....

**Prohlašuji, že mám zájem o nástup co nejdříve po uvolnění kapacity.**

**ANO**

**NE**

**Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku.**

**ANO**

**NE**

**Kontakt na osobu, která má být informována v případě potřeby:**

Jméno a příjmení, přesná adresa (včetně PSČ), telefon, mobil, e-mail, vztah k žadateli

Je-li žadatel/ka **omezen/a ve svéprávnosti**, uveďte jméno, adresu a telefon **opatrovníka**, (nutno přiložit rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a usnesení o ustanovení opatrovníka).

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

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

Souhlasím se zpracováním mých osobních a citlivých údajů pro účely posouzení mé žádosti o přijetí do Centra sociálních služeb v Prostějově, p. o. Tento souhlas uděluji po celou dobu projednávání žádosti, užívání služby a dobu nutnou k archivaci.

Datum:

.....  
podpis žadatele/ky

**Poznámka:**

- 1) Je-li žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti, podepisuje žádost soudem stanovený opatrovník.
- 2) Podpis na žádosti může provést osoba, která zastupuje osobu ve vyřizování přijetí do CSSP na základě plné moci – je třeba doložit plnou moc nebo dodat potvrzení od lékaře, že se osoba není schopna podepsat.
- 3) V případě, že již žadatel/ka nemá zájem o službu, informuje zařízení písemně, popřípadě na telefon: 582 321 454.

**Přílohy k žádosti (označte křížkem):**

- Plná moc** - pokud žádost o umístění vyřizuje jiná osoba než žadatel/ka.
- U žadatele/ky omezené/ho ve svéprávnosti – ověřenou **kopii rozhodnutí soudu** o omezení svéprávnosti a **usnesení / listinu** o ustanovení opatrovníka.

---

**Vyjádření komise** (vyplňuje CSSP):

- **žádost byla přijata k dalšímu posouzení**
- **žádost nebyla přijata z důvodu:**

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

**Podpisy členů komise:**

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele/ky o poskytnutí služby Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou

### 1. Žadatel/ka

_____		_____	
	příjmení		jméno
_____			
narozen/a			
_____			
den, měsíc, rok			
_____			
bydliště			
_____		_____	
obec	ulice	číslo	PSČ

### 2. Aktuální zdravotní stav žadatele/ky:

### 3. Duševní stav žadatele/ky (v případě duševního onemocnění prosím podrobně popište konkrétní projevy onemocnění):

V případě, že žadatel/ka užívá nějaké návykové látky, a projevuje se u něj závislost na těchto látkách, popište prosím, o jaké látky se jedná a jak se závislost konkrétně projevuje:

V případě, že se u žadatele/ky projevuje agresivní chování, popište prosím, o jaké přesné agresivní projevy se jedná, co agresivitu vyvolává a jaké jsou způsoby zvládnutí agresivního chování:

**Infekční onemocnění:**

### 4. Současná léčba (medikace):

## 5. Souhrn diagnóz:

## 6. Sebeobsluha:

\*) Nehodící škrtněte

Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby		ANO	NE *)
Je schopen chůze s pomocí	- hole *) - berle jedné – dvou *) - franc. hole jedné – dvou *) - chodítka *) - s dopomocí *)		
Pohybuje se na invalidním vozíku		ANO	NE sám – s pomocí druhé osoby *)
Je upoután/a na lůžko		ANO	NE převážně *)
Je schopen sám	- jíst	ANO	NE s pomocí *)
	- koupat se	ANO	NE s pomocí *)
	- komunikovat	ANO	NE s pomocí *)
	- oblécise	ANO	NE s pomocí *)
	- obout se	ANO	NE s pomocí *)
	- provést osobní hygienu	ANO	NE s pomocí *)
	- sedět	ANO	NE
	- orientovat se v přirozeném prostředí	ANO	NE
	- orientovat se v čase	ANO	NE
Používá inkontinenční pomůcky	- občas	ANO	NE *)
	- trvale	ANO	NE *)
	- v noci	ANO	NE *)
Schopnost slyšet	ANO	NE	částečně *)
Schopnost vidět	ANO	NE	částečně *)
Potřebuje lékařskou péči	ANO	NE	částečně *)
Ošetrovatelská péče	ANO	NE	částečná *)

Je v péči specializovaného oddělení ZZ kterého: .....

Potřebuje zvláštní péči – jakou: .....

.....

Další informace důležité pro péči o žadatele/ku:

.....

.....

.....

.....

## 7. Jiné údaje

Dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis ošetřujícího lékaře  
(jmenovka)

\_\_\_\_\_  
razítko ZZ