



# THERAPON 98

## **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče**

dle §52 zákona 108/2006 Sb.

Žádám o poskytování sociální služby od:

Jméno a příjmení:

Stav:

Rodné příjmení:

Státní příslušnost:

Datum a místo narození:

Zdravotní pojišťovna:

Trvalé bydliště:

Telefonní číslo:

Praktický lékař – adresa/tel.kontakt:

Současné bydliště:

Jméno a příjmení zákonného zástupce, má –li žadatel změněnu způsobilost k právním úkonům

/doložit doklady/

Příspěvek na péči:

Přiznán: ano/ne

Výše příspěvku:

Kontaktní osoby:

Jméno a příjmení  
vztah vůči žadateli  
adresa  
telefon

Kdo zajistí péči o uživatele po propuštění - kontaktní údaje

### Podmínky pobytu na lůžku sociální péče

Lůžka sociální péče jsou součástí Střediska následné lůžkové péče Therápon 98,a.s., Kopřivnice  
Nejedná se o sociální službu s trvalým pobytem, délka pobytu je omezena dle smluvního ujednání  
Úhrada pobytu vychází z ceníku, který je stanoven vyhláškou 505/2006 Sb.  
Během pobytu klienta v zařízení rodina spolupracuje s poskytovatelem péče v zájmu udržení přirozených rodinných vztahů

Datum:

Podpis žadatele:

Podpis osoby blízké:



# THERAPON 98

---

Prohlášení žadatele /opatrovníka, zmocněnce/:

Souhlasím, aby zdravotnické zařízení Therápon 98, a.s. – Středisko následné lůžkové péče, zpracovávalo mnou poskytnutá data potřebná pro účely vykonávání žádané služby v souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu jejího trvání a následných 5-ti let po ukončení.

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a zavazuji se oznámit jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů.

Dne:

Podpis:



# THERAPON 98

---

## **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

k zdravotnímu stavu žadatele, k žádosti o poskytování sociálních služeb

### **ŽADATEL**

rodné číslo  
jméno a příjmení  
datum narození  
bydliště

zdravotní pojišťovna

**ANAMNÉZA** (rodinná, osobní, pracovní)

**OBJEKTIVNÍ NÁLEZ** (status praesens generalis, v případě orgánového poškození i status localis)

**DUŠEVNÍ STAV** ( popřípadě projevy narušující kolektivní soužití, potřeba specifické péče vyplývající z Alzheimerovy demence či demence jiného typu nebo jiného duševního onemocnění či poruchy)

**DIAGNOSTICKÝ SOUHR**

**MEDIKACE A DÁVKOVÁNÍ**



## Pravidelné odborné kontroly, poslední sledované laboratorní výsledky:

### Stav vědomí:

### CELKOVÝ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ SCHOPNOSTÍ ŽADATELE

**je schopen chůze:** *bez cizí pomoci s doprovodem s holí s chodítkem nesWopen chůze*

**je upoután na lůžko:** *trvalepřechodně nutné polohování antidekubitní podložky*

**je schopen sebeobsluhy:** *zcela částečně není soběstačný*

**inkontinentia urinae:** *ano ne částečně*      **inkontinentia alvi:** *ano ne*

**je psychicky:** *zcela orientován částečně orientován desorientován neklidný depresivní*

**soužití v kolektivu:** *je schopen není schopen*

**druh diety:**      **alergie:**

**potřebuje zvláštní péči:** *jakou?*

### JINÉ ÚDAJE:

**Porucha kožní integrity:** *ano ne Specifikace:*

### PŘÍLOHY

- popis RTG snímku plic. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro tuberkulózu.
- výsledky vyšetření na bacilonosičství
- podle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorní vyšetření

Datum:

razítko a podpis praktického lékaře