**ŽÁDOST O ODLEHČOVACÍ POBYT**

KLIENT / ŽADATEL

**Jméno a příjmení, příp. titul:** **Zdravotní pojišťovna:**

**Datum narození:** **Rodné číslo:**

**Adresa trvalého bydliště:**

**Příspěvek na péči:**

ANO stupeň: NE

**Žadatel je omezen na způsobilosti k právním úkonům:**  ANO – NE

V případě kladné odpovědi doložte neověřenou kopii rozsudku nebo usnesení.

**Doba pobytu:**

**od: do:**

**Důvod žádosti o poskytnutí odlehčovací služby (Vaše hlavní očekávání):**

KONTAKTNÍ OSOBY

**Jméno a příjmení hlavní osoby:**

Datum narození:

**Adresa trvalého bydliště:**

**Telefon:** Email:

Vztah k žadateli:

**Jméno a příjmení další osoby:**

Datum narození:

**Adresa trvalého bydliště:**

**Telefon:** Email:

Vztah k žadateli:

ČINNOSTI DENNÍHO ŽIVOTA / SEBEOBSLUHA (POSOUZENÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Konzumace jídla** | samostatně | s pomocí | nutno podávat |
| **Konzumace nápojů** | samostatně | s pomocí | nutno podávat |
| **Oblékání** | samostatně | s pomocí | nutno obléci |
| **Umytí, osobní hygiena** | samostatně | s pomocí | nutno umýt |
| **Péče o dutinu ústní, protézu** | samostatně | s pomocí | nutno vyčistit |
| **Péče o zevnějšek** | samostatně | s pomocí | nutno upravit |
| **Chůze po rovině** | samostatně | s pomocí | neschopen |
| **Chůze do - ze schodů** | samostatně | s pomocí | neschopen |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hygienické pomůcky při inkontinenci** | **Kompenzační pomůcky** |
| □ nepoužívá | □ nepoužívá |
| □ kalhotky: ……. den ….. noc | □ chodítko |
| □ vložky: ………. den ….. noc | □ invalidní vozík |
| □ podložky: …… den ... noc | □ antidekubitní matrace |
|  | □ WC židle |
|  | □ jiné: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORIENTACE** | | | |
| **V osobách** | ano | částečně | ne |
| **V prostředí** | ano | částečně | ne |
| **V čase** | ano | částečně | ne |
| **V situaci** | ano | částečně | ne |

|  |
| --- |
| DALŠÍ SDĚLENÍ |

Další důležité informace o zdravotním stavu a omezeních žadatele

|  |
| --- |
|  |

ZÁVĚREČNÉ INFORMACE PRO ŽADATELE O ODLEHČOVACÍ POBYT

Součástí žádosti je vyplněný **dotazník o zvyklostech žadatele** a **písemné vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele ne starší než jeden měsíc**.

Dotazník o zvyklostech žadatele je možné vyplnit při úvodní návštěvě s vedením služby, vyjádření lékaře je nezbytné předložit nejpozději tři pracovní dny před zahájením pobytu. Bez vyjádření lékaře není možné žadatele na pobyt přijmout.

Při nástupu přineste občanský průkaz žadatele, zdravotní průkaz pojišťence, užívané léky, rozpis užívání léků, dostatečné množství osobního oblečení a hygienických potřeb, inkontinenční pomůcky (pokud je žadatel používá).

**Žádost byla vyplněna dne:**

**Jméno a příjmení odesílatele žádosti:**

**Telefon:** Email:

Vztah k žadateli:

**Prosíme, vyplněný formulář odešlete na adresu pobyt**[**@cestadomu.cz**](mailto:ambulance@cestadomu.cz)**.**

Do těla e-mailu uveďte následující: „Žádost je odesílána se souhlasem klienta / opatrovníka pro zajištění návaznosti sociálních služeb. Prosíme, do 3 dnů vymazat.”