

Žádost o přijetí do denního stacionáře Centrum Zdislava

Osobní údaje

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště PSČ	
Telefon, email	

Zákonný zástupce, popřípadě kontaktní osoba

Jméno a příjmení		
Adresa trvalého bydliště		
Telefon, email		
Vztah k žadateli		

Je žadatel omezen ve svéprávnosti?

☐ ano

☐ ne

Osobní údaje opatrovníka

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště PSČ	
Telefon, email	

Co očekáváte od služby denní stacionář Centrum Zdislava? S čím by Vám mělo Centrum Zdislava pomoci, v čem Vás podpořit?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V souladu s ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluje svým podpisem **žadatel, opatrovník, zákonný zástupce, kontaktní osoba** souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů pro účely řízení o přijetí do zařízení a pro provedení opatření přijatých před uzavřením smlouvy. Souhlas je platný až do doby jejich archivace a skartace, v souladu se zákonem č. 499/2004 Sb. - Zákon o archivnictví a spisové službě.

Údaje uvedené lékařem slouží k posouzení, zda žadatel patří do cílové skupiny denního stacionáře a zda jeho zdravotní stav není překážkou pro zařazení do kolektivu ostatních klientů v denním stacionáři.

Svým podpisem žadatel souhlasí, že v případě uvolnění místa v denním stacionáři, proběhne jednání pracovníků Centra Zdislava se zájemcem, v místě jeho bydliště. Jednání slouží k předání informací o denním stacionáři a vyjasnění si vzájemného očekávání.

Datum.....

Podpis žadatele.....

Podpis zák. zástupce.....

Podpis opatrovníka.....

Podpis kontaktní osoby.....

Potvrzení ošetřujícího lékaře o aktuálním zdravotním stavu

Praktický lékař, u kterého je žadatel evidován:

Jméno a příjmení:

Telefon:

Adresa:

1) Žadatel o službu je osobou:

- ☐ s mentálním postižením
- ☐ s tělesným postižením
- ☐ s kombinovaným postižením

2) Žadatel potřebuje 24 hodinou zdravotní péči.

- ☐ ano
- ☐ ne

3) Chování žadatele závažným způsobem ohrožuje osobu žadatele i samotné okolí (např. osoby ve fázi akutní duševní choroby aj.)

- ☐ ano
- ☐ ne

4) U žadatele nejsou v době podání žádosti známky infekčního onemocnění (TBC, hepatitidy, AIDS, MRSA apod.)

- ☐ nejsou
- ☐ jsou

5) Je nutné v případě změn chování omezit klienta v pohybu nebo zajistit odbornou zdravotnickou péči?

- ☐ ano
- ☐ ne

6) Uveďte možná rizika ve zdravotním stavu žadatele (např. alergie, dieta apod.)? Jaká?

.....

.....

.....

Datum

.....

Podpis a razítko lékaře

.....