**ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY V HESTIA n.o.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko klienta** |  | | |
| **Trvalé bydlisko klienta** |  | | |
| **Dátum narodenia klienta** |  | | |
| **Rodné číslo klienta** |  | **Zdravotná poisťovňa:** |  |
| **1. Kontaktná osoba, klienta/vzťah, tel., e-mail /** |  | | |
| **2. Kontaktná osoba**  **klienta /Vzťah, tel., e-mail/** |  | | |

Bod č. 9. o bezinfekčnosti potvrdí a opečiatkuje lekár, ostatné vyplní klient, príp. kontaktná osoba

**1. Druh služby o ktorú žiadam 3. Hlavná diagnóza u klienta**

* Zariadenie pre seniorov SZ- celoročná forma □ Alzheimerová demencia
* Špecializované zariadenie ŠZ- celoročná forma □ Parkinsonová choroba

**2. Klient prichádza □** Skleróza Multiplex

* Z domu □ Psychiatrické ochorenie
* Zo zariadenia\*....................................... □ Náhla cievna mozgová príhoda
* Z nemocnice \*....................................... □ Demencia, Iné, uveďte: ................

\*/ uveďte názov

**4. Stupeň imobility klienta**

* klient je mobilný: chodí samostatne
* 1.stupeň imobility : chodí s pomocou, opiera sa o barlu, chodítko, štvorkolku
* 2.stupeň imobility : pohybuje sa pomocou invalidného vozíka, je schopný preniesť váhu, urobí pár krokov, vozíkom sám manipuluje
* 3.stupeň imobility : nedokáže sa podopierať, preniesť váhu, odkázaný na invalidný vozík, vozíkom sám nemanipuluje
* 4.stupeň imobility : nepohybuje sa, je pripútaný na ložko

**5. Orientačné schopnosti klienta**

* klient je orientovaný osobou, priestorom, časom, orientuje sa správne
* klient je čiastočne orientovaný osobou, priestorom, časom, neorientuje sa správne
* kient je dezorientovaný v osobe, v priestore, v čase

**6. Dorozumievajúce schopnosti klienta**

* klient komunikuje správne a zrozumiteľne
* klient má sťaženú komunikáciu a dorozumievanie
* klient nevie komunikovať verbálne, neverbálne

**7. Vedľajšie príznaky základného ochorenia u klienta**

* Strata pamäti, dezorientácia
* Telesný nepokoj, blúdenie
* Halucinácie
* Bludy, organický psychosyndróm
* Striedanie nálad
* Agresivita
* Depresia
* Iné /uveďte/ ...........................................................

**8. Invazívne vstupy u klienta**

* Klient má zavedenú nazogastrickú sondu NS
* Klient má zavedenú perkutánnu endoskopickú gastrostómiu PEG
* Klient má zavedený permanentný močový katéter PMK
* Klient má zavedený vývod, kolostómiu, ileostómiu, nefrostómiu, iné
* Klient má zavedenú tracheostómiu
* Klient má chronické rany, dekubit/dekubity

**9. Bezinfekčnosť klienta, ako aj ostatné kultivačné vyšetrenia a odbery prosíme predložiť pri nástupe do zariadenia. Nie staršie ako 14 dní.** / časť o bezinfekčnosti potvrdí a opečiatkuje lekár /

* BWR test
* HIV test
* Výter TT
* Výter TN
* Výter z rekta
* Vírusová Hepatitída typ A,B,C

**Súhlas s poskytnutím osobných údajov poskytovateľovi sociálnej služby, v ktorom sa bude fyzickej osobe sociálna služba poskytovať a čestné vyhlásenie o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:**

* Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých HESTIA n.o., Bošániho 1805/2, Bratislava 841 02 v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov pre účely zabezpečenia sociálnej služby. Súhlas bol udelený dobrovoľne a bez nátlaku a môže byť kedykoľvek odvolaný. \*
* Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu u poskytovateľa sociálnej služby. Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v tejto žiadosti, sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb.

Dátum:.....................................

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

vlastnoručný podpis osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba, prípadne zákonného zástupcu alebo opatrovníka

\* Ak sa domnievate, že spracúvanie osobných údajov je nezákonné, môžete podať sťažnosť na Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky (adresa: Hraničná 12, 820 07 Bratislava, e-mail: statny.dozor@pdp.gov.sk).