

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY

B. Braun Domov s úsměvem

B. Braun Avitum s.r.o.

Evidenční číslo žádosti:

Přijata dne:

Pečlivě, prosím, vyplňte všechny položky, případně proškrtněte.

ŽADATEL / ŽADATELKA

Příjmení, jméno, titul:

Trvalé bydliště:

.....

Přechodné bydliště:

.....

Narozen/a: Rodné číslo:

Státní příslušnost: Pojišťovna:

Tel. kontakt: E-mail:

Opatrovník (je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům)

Jméno a příjmení:

Adresa:

.....

Příspěvek na péči: ano -> stupeň závislosti ne -> zažádáno? ano – ne*

Dialyzační ošetření: ano ->x týdně ne*

Očekávané datum nástupu:

Preferovaný pokoj: jednolůžkový – dvoulůžkový – je mi to jedno*

Důvody podání žádosti (proč chci využívat tuto službu):

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

Očekávání od služby (očekávání, přání, požadavky od služby, co chci od služby):

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

Kontaktní osoby (nepovinné)

Jméno a příjmení:

Adresa:

.....

Tel. kontakt: E-mail:

Vztah k žadateli / žadatelce:.....

Jméno a příjmení:

Adresa:

.....

Tel. kontakt: E-mail:

Vztah k žadateli / žadatelce:.....

**Souhlasím se zařazením do evidence žadatelů o poskytování sociální služby v B. Braun
Domově s úsměvem v případě plné kapacity ano – ne***

Prohlašuji, že všechny informace uvedené v žádosti jsou pravdivé.

.....

Podpis žadatele/žadatelky

* nehodící se škrtněte

PŘÍLOHY:

- 1) Souhlas se zpracováním osobních údajů
- 2) Dotazník ke Covid-19
- 3) Vyjádření praktického lékaře
- 4) Vyjádření nefrologického lékaře
- 5) Kopie rozhodnutí o příspěvku na péči
- 6) Kopie Rozhodnutí soudu o omezení ve svéprávnosti a Usnesení o jmenování opatrovníka (pokud je žadatel omezen ve svéprávnosti)
- 7) Úředně ověřená Plná moc nebo Generální plná moc (v případě zmocnění jiné osoby žadatelem)

Příloha č. 1 k Žádosti o poskytování služeb

PROHLÁŠENÍ A SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Já (jméno a příjmení):

Trvalé bydliště:

Narozen/a:

prohlašuji a souhlasím, aby

poskytovatel sociálních služeb

B. Braun Avitum s.r.o., B. Braun Domov s úsměvem,

se sídlem V Parku 2335/20, 148 00 Praha 4

sociální služba: B. Braun Domov s úsměvem, Zlatá Hora 1466, 684 01 Slavkov u Brna

v souladu s obecně závaznými právními předpisy shromažďoval, zpracovával a uchovával mé osobní údaje (vč. zvláštních kategorií osobních údajů, tj. citlivých údajů) pro vnitřní potřebu evidence a informovanosti odpovědného personálu, a to v rozsahu nezbytném pro zpracování mé žádosti o poskytování sociálních služeb a veškerých souvisejících činností, jež jsou poskytovateli sociálních služeb v souvislosti s uzavíráním smluv o poskytování sociálních služeb ukládány platnými a účinnými právními předpisy.

Prohlašuji, že jsem byl informován o tom, že v rozsahu mnou povinně sdělovaných osobních údajů (bez nichž by nebylo možné provádět činnosti směřující k vyřízení mé žádosti o poskytování sociálních služeb), budou mé osobní údaje zpracovány bez udělení mého souhlasu, tzn. na základě zákonné licence pro předsmlavní vztahy. Zároveň vyslovuji souhlas ke zpracování mnou nepovinně sdělovaných osobních údajů. V rozsahu těchto nepovinných osobních údajů jsem byl informován o tom, že poskytnutí souhlasu je dobrovolné a že jsem kdykoliv oprávněn svůj souhlas se zpracováním takových osobních údajů odvolat (aniž je tím dotčena zákonnost zpracování založená na souhlasu uděleném před jeho odvoláním), a to prostřednictvím zaslání emailu na adresu avitum-slavkov.cz@bbraun.com.

Povinné osobní údaje:

- Jméno, příjmení, datum narození
- Adresa

- Zdravotní stav

Nepovinné osobní údaje:

- Kontakt na příbuzné
- Výše příjmů (důchod, plat, sociální dávky)

Dále prohlašuji, že jsem byl informován, že mé osobní údaje budou zpracovávány (tj. i uchovávány) nejdéle po dobu, po kterou je poskytovatel sociálních služeb povinen a oprávněn je uchovávat podle platných a účinných právních předpisů.

Zároveň jsem byl informován, že bližší informace o zpracovávání osobních údajů poskytovatelem sociálních služeb jsou uvedeny na následujících webových stránkách B. Braun Domova s úsměvem:

<https://www.bbraun.cz/cs/spolecnost/b-braun-omnia/domov-s-usmevem.html>

V

Dne

.....

Podpis žadatele/žadatelky

Příloha č. 2 k Žádosti o poskytování služeb

DOTAZNÍK KE COVID-19

Já (jméno a příjmení):

Trvalé bydliště:

.....

Narozen/a:

Tímto čestně prohlašuji, že jsem (zaškrtněte):

- Prodělal/a onemocnění Covid-19,

Datum potvrzujícího testu:

- Neprodělal/a onemocnění Covid-19

Dále tímto čestně prohlašuji, že (zaškrtněte):

- Nejsem očkovan/a proti Covid-19

- Jsem očkovan/a proti Covid-19

Výrobce očkovací látky: Pfizer - Moderna - AstraZeneca - Johnson & Johnson - Jiný

Datum 1. dávky:.....

Datum 2. dávky:.....

Datum 3. dávky:.....

V

Dne

.....

Podpis žadatele/žadatelky

Příloha č. 3 k žádosti o poskytování služeb

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Příjmení, jméno, titul:

Trvalé bydliště:

.....

Narozen/a: Rodné číslo:

Státní příslušnost: Pojišťovna:

Tel. kontakt: E-mail:

Anamnéza:

Objektivní nález:

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

Dg.:

Aktuálně užívaná medikace:

Infekční choroby:

Kompenzační pomůcky:

Posouzení soběstačnosti a schopností žadatele/žadatelky:

Chůze:	samostatná – o berlích – s chodítkem – invalidní vozík – není*
Osobní hygiena:	samostatně – s pomocí – neprovede*
Strava:	samostatně – s dopomocí – neprovede*
Užívání léků:	samostatně – s pomocí – neprovede*
Komunikace:	dobrá – omezená, odpoví na dotaz – nekomunikuje*
Orientace v prostoru:	dobrá – částečná – neorientuje se*
Orientace v čase:	dobrá – částečná – neorientuje se*
Mobilita:	dobrá – částečná – imobilní*
Inkontinence:	není – částečná – úplná*
Inkontinenční pomůcky:	
Užívání návykových látek:	ano – ne – občas*
Specifikace:	

Potřeba specializovaného zdravotnického pracoviště

Dialyzační ošetření: ano - ne*

Nefrologická ambulance: ano - ne*

Jiné: ano - ne*

Pokud ano, jaké:

Dne

.....
Jméno a příjmení lékaře, podpis lékaře, razítko zařízení

* nehodící se škrtněte

Příloha č. 4 k žádosti o poskytování služeb

VYJÁDŘENÍ NEFROLOGICKÉHO LÉKAŘE

Příjmení, jméno, titul:

Trvalé bydliště:

.....

Narozen/a: Rodné číslo:

Státní příslušnost: Pojišťovna:

Tel. kontakt: E-mail:

Anamnéza:

Objektivní nález:

Dg.:

Dialyzační předpis:

Potřeba specializovaného zdravotnického pracoviště

Dialyzační ošetření: ano - ne*

Dne

.....

Jméno a příjmení lékaře, podpis lékaře, razítko zařízení

* nehodící se škrtněte