

VYPLNÍ ORGANIZACE**Datum doručení žádosti:****Dokumenty, doručené jako přílohy žádosti:**

- Příloha č. 1 - Vyjádření lékaře.
- Příloha č. 2 - Přihláška k ambulantní hiporehabilitaci.
- Rozhodnutí soudu v případě omezení ve svéprávnosti.
- Jiné:

Datum vyřízení žádosti:**Datum sociálního šetření:****Datum nástupu do stacionáře:****Podpis sociálního pracovníka:****Podpis vedoucího pracovníka:**

Nejpozději do 30 dnů po podání žádosti budete kontaktováni sociální pracovníci. V případě kladného posouzení žádosti následuje dohodnutí termínu zkušební návštěvy a sociálního šetření v místě bydliště žadatele, které je nutnou podmínkou pro přijetí nebo zařazení do pořadníku čekatelů.



Charita Jablunkov

Denní stacionář sv. Josefa pro mladé lidi se zdravotním postižením

Bezručova 130, 739 91 Jablunkov

www.jablunkov.caritas.cz * +420 733 581 485 * jablunkov@caritas.cz



CHARITA

JABLUNKOV

Příloha č. 1

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

před přijetím do Denního stacionáře sv. Josefa.

Toto vyjádření slouží pro poskytování sociální služby denní stacionář a je nedílnou součástí žádosti. Všechny údaje, prosím, vyplňte čitelně a vhodné odpovědi označte křížkem.

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Stupeň mentálního postižení dle WHO, desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

- F 70** Lehká mentální retardace IQ 69-50
- F 71** Středně těžká mentální retardace IQ 49-35
- F 72** Těžká mentální retardace IQ 34-20
- F 73** Hluboká mentální retardace IQ19 a níže
- F 78** Jiná mentální retardace
- F 79** Nespecifikovaná mentální retardace (nelze vyšetřit)

Jiné přidružené poruchy:

Riziko náhlého zhoršení stavu (záchvatu):

- vysoké
- střední
- nízké
- nehrozí

Doporučení při riziku náhlého zhoršení stavu (záchvatu) u žadatele:

Duševní stav narušující kolektivní soužití:

Omezení ve stravě (např. stravovací dieta):

Alergie:

Doporučení lékaře pro práci s žadatelem (zvláštní přístup):

Potvrzují, že žadatel o sociální službu není v současné době nakažen infekční chorobou a proto není námitek proti jeho přijetí do kolektivu denního stacionáře.

- ANO, žadatel je bezinfekční
- NE, doporučuji odložit nástup k tomuto datu: _____

Domnívám se, že pobyt v Denním stacionáři sv. Josefa, který poskytuje své služby mladým lidem s mentálním postižením, bude výše jmenované/mu prospěšný.

- ANO
- NE

Datum:

Podpis a razítko lékaře:



Příloha č. 2
PŘIHLÁŠKA K AMBULANTNÍ HIPOREHABILITACI

Jméno a příjmení: **datum nar.:**

Adresa: **PSC:**

Telefonní číslo (mobil, domů, zaměstnání):

Doprovod: matka - otec - jiná osoba: pracovník denního stacionáře

Zdravotní pojišťovna:

Úrazové pojištění klienta: ANO – NE číslo:

Průkaz ZTP: ANO – NE číslo:

Členem org. zdrav. post.: ANO – NE

Udržování hygieny: samostatně s doprovodem

Škola, zaměstnání, ÚSP:

Zájmy a schopnosti:

Důležitá upozornění (chování, strava):

Absolvovalo dítě tuto nebo podobnou léčbu již předtím (samostatně, s doprovodem):

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem si vědom(a) nebezpečí při práci s koňmi a jízdě na nich, hodlám mu čelit maximální ukázněností a respektováním pokynů personálu. Do areálu i na koně vstupuji na vlastní nebezpečí a souhlasím se zapojením do hiporehabilitace. Byl(a) jsem seznámen(a) s doporučením vlastního úrazového pojištění. Souhlasím s případným uvedením křestního jména mého syna/dcery a s použitím fotomateriálů pořízených sdružením CHEWAL pro propagační a dokumentační účely.

.....
datum

.....
podpis (odpovědná osoba)

DOPORUČENÍ LÉKAŘE

(odborného dle diagnózy, příp. logopeda, psychologa apod.)

Jméno a příjmení: **datum nar.:**

Diagnóza:

.....

.....

Forma hiporehabilitace: a) hipoterapie
b) aktivity s využitím koní (AVK)
c) rekondiční ježdění
d) jiné zaměření.....

Mentální retardace:

Záchvatové onemocnění (frekvence):

Alergie(popis):

Datum očkování proti tetanu:

Užívá klient nějaké medikamenty: ANO – NE (popis podávání)

.....

Zpráva pro fyzioterapeuta:

rehabilitační péče je prováděna:

- pravidelně
- nepravidelně
- s fyzioterapeutem
- doma
- neprováděna
- užití rehab. metody:.....
- pobyty v lázeňských zařízeních (kde, kdy):

- zařazen do hiporehabilitace již dříve (místo, frekvence, jm.fyzioterapeuta):

.....

.....

- poslední rtg. kyčelních kloubů (datum, popis) - u urč. dg.:

.....

.....

Popř. prosíme přiložit zprávu fyzioterapeuta

Jiná sdělení:

.....

datum

.....

podpis a razítko lékaře