

ČINNOSTI DENNÍHO ŽIVOTA/SOBĚSTAČNOST

Orientace <input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Dezorientovaná/ý	Pomoc při osobní hygieně <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Koupání s pomocí <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pomoc při oblékání <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pomoc při jídle <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Dohled nad pitným režimem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Péče o dutinu ústní, protézu <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Hygienické pomůcky při inkontinenci, vč. spotřeby den/noc, uveďte počet: kalhotky :dennoc vložky :dennoc podložky:dennoc	WC židle: <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> bez pomoci <input type="checkbox"/> den <input type="checkbox"/> noc
Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> chodítko, <input type="checkbox"/> invalidní vozík, <input type="checkbox"/> antidekubitní matrace, popř. jiné:..... V případě užívání kompenzačních pomůcek, si pomůcky přivezte sebou a označte si je svým jménem. <input type="checkbox"/> nevyžaduje žádné	

Žadatel bere na vědomí, že odlehčovací služba není zdravotnické zařízení, ale zařízení sociální péče.

Beru na vědomí, že odlehčovací služba neposkytuje rehabilitaci klienta.

V dne podpis žadatele

Povinné přílohy k žádosti:

- vyjádření lékaře o zdravotním stavu – výpis ze zdravotní dokumentace žadatele
- v případě omezení žadatele ve svéprávnosti – rozhodnutí soudu a listinu o ustanovení opatrovníka/zástupce žadatele
- dotazník pro rodinné příslušníky

ŽADATEL	Příjmení:	Jméno:	Titul:		
	Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:			
	Adresa trvalého bydliště:				PSČ:
PRAKTICKÝ LÉKAŘ	Jméno a příjmení praktického lékaře:				
	Kontaktní informace (adresa, telefon, email):				
VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE	Diagnózy, datum stanovení:				
	Alergie:				
	Dieta:				
	Denní rozpis léků:				
	název léku	ráno	poledne	večer	noc
Umožňuje zdravotní stav Vašeho pacienta pobyt v našem zařízení, tj. bez trvalé lékařské péče?					
<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Ne			
Má pacient psychiatrickou diagnózu?					
<input type="checkbox"/> Ano		Jakou?		<input type="checkbox"/> Ne	
Trpí pacient demencí? Uveďte prosím typ/druh a stupeň rozvoje					
<input type="checkbox"/> Ano,		<input type="checkbox"/> Ne			
Je pacient schopen soužití s dalšími klienty? (V našem zařízení jsou 2 lůžkové pokoje.)					
<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Ne			

U jakých specialistů je pacient dispenzarizován?	
Je stav pacienta plně kompenzován?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vyžaduje pacient časté nebo akutní umístění ve zdravotnickém zařízení?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Má pacient infekční onemocnění vylučující pobyt v naší sociální službě?	<input type="checkbox"/> Ano Jaké? <input type="checkbox"/> Ne
Má pacient inkontinenci?	<input type="checkbox"/> Ano , stupeň:..... <input type="checkbox"/> Ne
Prodělal pacient v poslední době rehabilitační péči?	<input type="checkbox"/> Ano Jakou? <input type="checkbox"/> Ne
Potřebuje pacient jinou péči?	<input type="checkbox"/> Ano Jakou? <input type="checkbox"/> Ne

Datum:

Razítko:

Podpis:

Informace pro lékaře: Důvodem pro nepřijetí může být zdravotní stav, dle z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, a to: Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

1	Bydlí žadatel sám nebo ve společné domácnosti s dalšími osobami? S kým?
2	Kdo o žadatele obvykle pečuje?
3	Co žadatel zvládá dělat sám a s čím potřebuje pomoci?
4	Jak vypadá denní režim žadatele – kdy vstává, snídá, dopolední a odpolední odpočinek, aktivity, hygiena, usínání?
5	Která činnosti baví žadatele ve volném čase:
6	Jak probíhá komunikace, používáte při komunikaci nějaké pomůcky?
7	Co považujete za důležité, abychom věděli?
8	Na co si dát pozor, důležitá upozornění (riziko pádu, odchodu ze zařízení aj.)
9	Kdo dotazník vyplnil? (jméno, příjmení, vztah k zájemci o službu)