



Dotazník žadatele o poskytnutí odlehčovací pobytové služby

Jméno a příjmení:

.....

Datum narození:

.....

KOMUNIKACE, ORIENTACE MÍSTEM A ČASEM

Rozumí okolnostem (je orientován/a místem a časem):

ano

částečně

vůbec

Popište případné projevy dezorientace:

.....

.....

.....

Komunikace s okolím:

komunikuje

s obtížemi

vůbec

Popište projevy zhoršené komunikace:

.....

.....

V případě používání pomůcek pro komunikaci či metod alternativní a augmentativní komunikace, prosím uveďte, o jaké se jedná:

.....

.....

.....

MOBILITA

sám s dopomocí (doprovod) s dopomocí (opora člověka)

s chodítkem na vozíku

Chůze po schodech: sám s dopomocí (doprovod) s dopomocí (opora člověka)

Jiné, popište:

.....

.....

.....

Používání postranic u lůžka:

ano

ne

STRAVOVÁNÍ

Přípravu stravy zvládá: sám s dopomocí úplná pomoc

Stravování zvládá: sám na vyzvání s dopomocí úplná pomoc

Používá: příbor lžíci

Strava: celá krájená mletá mixovaná enterální výživa

Pije: samostatně s dopomocí

Chuť k jídlu: velký apetit v normě střídmost odmítá stravu

Jaké jídlo má rád/a?

Jaké jídlo nemá rád/a?



Dietní omezení

OBLÉKÁNÍ/OBOUVÁNÍ

Výběr oblečení, obutí zvládá: sám s dopomocí úplná pomoc
Oblékání/obouvání zvládá: sám s dopomocí úplná pomoc

OSOBNÍ HYGIENA

Sprchu zvládá: sám na vyzvání s dopomocí úplná pomoc
Umyvadlo (ruce, obličej, zuby): sám na vyzvání s dopomocí úplná pomoc
Toaletu zvládá: sám na vyzvání
 s dopomocí (doprovod) plná pomoc (pomoc při sebeobsluze)

Jiné, popište:

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

INKONTINENCE

Inkontinenční pomůcky: ano ne
Manipulace s ink. pomůckami: sám/a s dopomocí úplná pomoc
Jaké pomůcky používá:

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

ZDRAVOTNÍ STAV

Velmi slabý zrak: ano ne
Naslouchadlo: ano ne
Riziko pádu: ano ne
Riziko odchodu ze zařízení: ano ne
Riziko dušení se jídlem: ano ne

Jiná možná rizika, popište:

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

Jiné, popište (např. alergie – na jídlo, na léky, dekubity, stomie, aj.):

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



Užívání léků:

- sám na vyzvání s dohledem nutná úplná pomoc

Zvláštnosti v chování (agresivita, zájem o cizí předměty apod.):

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

Kvalita spánku:

.....
.....

POVINNÁ ŠKOLNÍ DOCHÁZKA

- ano ne

V případě povinné školní docházky, prosím, uveďte:

Forma výuky:

Místo výuky:

Způsob zajištění dopravy do školy:

ZÁJMY

Co má rád/a (situace, místa, o čem se rád/a baví)?

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

Co nemá rád/a (situace, místa, o čem se nerad/a baví)?

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

Záliby a koníčky (procházky, knihy, hudba, a jiné):

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

Oblíbená hudba/píseň/film

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

Sledování televize, poslech rádia, četba? (oblíbená témata či pořady)

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

Jaké aktivity má rád/a?

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



Má rád/a společnost? ano ne dle nálady

Zvyklosti- zaběhnuté rituály (odpočinek po obědě, káva v určitou hodinu, oblíbený předmět, hračka u dětí, apod.):

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

JINÁ DŮLEŽITÁ SDĚLENÍ

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

KONTAKTNÍ OSOBY

Pan/paní/ jméno/příjmení:

Vztah k žadateli:

Telefon:

e-mail:

Pan/paní/ jméno/příjmení:

Vztah k žadateli:

Telefon:

e-mail:

Praktický lékař žadatele o službu:

Adresa:

Telefon:

Ordinační doba:

FORMULÁŘ VYPLNIL:

DATUM, PODPIS: