

# SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ ŽADATELE PRO POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

**Odlehčovací pobytové a rehabilitační centrum, ŽIVOT 90, z. ú. (OC)**

## Žadatel/ka OC:

Příjmení		Titul:
Jméno		
Datum narození		
Zdravotní pojišťovna		
Bydliště	Ulice, č. p.:	
	Město:	PSČ:
	Termín pobytu:	
Telefon		
Mobilní telefon		

## Kontakty na osoby blízké:

Jméno Adresa	Telefon: domů zaměstnání mobilní	Email:	Vztah (dcera, syn, vnuk, vnučka...)
1.			
2.			
3.			

## Kontakt žadatele s rodinou (jak často, jakou péči zabezpečuje rodina)

.....

.....

.....

.....

.....

### Informace o lékaři:

Praktický/ošetřující lékař (jméno, adresa, telefon)	
Zástupce praktického/ ošetřujícího lékaře (jméno, adresa, telefon)	

**Stav:**

- svobodná(ý)       vdaná/ženatý       vdova/vdovec       rozvedená(ý)

**Původní profese:**.....

**Žije:**

- sám  
 s manželem(kou)  
 s druhem/družkou  
 s dětmi  
 s vnukem/vnučkou  
 s jinou/jinými osobami, jakými?.....

**Žadatel je uživatelem pečovatelské služby?**

- ne  
 ano, název a kontakt.....

**Žadatel je uživatelem domácí ošetřovatelské služby?**

- ne  
 ano, název a kontakt .....

**Žadatel je uživatelem jiné sociální služby?**

(tísňová péče, osobní asistence, odlehčovací služba, apod.)

- ne  
 ano, jaké? Název a kontakt .....

## **Psychický stav:**

### **Komunikace :**

**Omezení v komunikaci :** ne – ano, jaká: .....

**Orientace :** V čase: ano – ne – jiné:.....

V místě ano – ne – jiné: .....

Osobou : ano – ne – jiné :.....

Situací : ano – ne – jiné:.....

Napadne žadatele odejít z odlehčovacího centra? .....

Pozná své věci? .....

## **Zdravotní stav:**

Má žadatel potřebu dopomoci v nějakých základních zdravotních úkonech?

(např. kožní projevy – potřeba převazů, ošetření, dohled nad léky.....)

Má žadatel lékařem doporučenou dietu? ne

ano – jakou? .....

## **Fyzický stav:**

### **Pohyblivost, chůze:**

Doma : bez pomůcky - s pomůckou ( druh pomůcky) - pomůcka a doprovod -

sám vůbec pohyb doma nezvládá: .....

Venku: bez pomůcky - s pomůckou (druh pomůcky) – pomůcka a doprovod -

pohyb venku nezvládá, ven nechodí: .....

**Schopnost sebeobsluhy:**

Osobní hygiena:

.....

Celková hygiena:

.....

WC, inkontinence, pomůcky (sám, dopomoc...):

.....

Oblékání, péče o zevnějšek:

.....

Schopnost se najíst (nakrájení, dopomoc při jídle, příbor, lžíce...):

.....

**Jiná zjištění:**

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem souhlasím se zjišťováním, shromažďováním (kopírováním, ověřováním), zpracováním a uchováváním svých osobních údajů (včetně mého zdravotního stavu), potřebných pro zajištění služeb sociální péče poskytovaných Občanským sdružením ŽIVOT 90 a to až do doby jejich archivace a skartace.

V ..... dne.....

---

**Vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce**

**Šetření u žadatele/ky provedl(a) (jméno a příjmení, funkce):**

**Dne:**

**Podpis:**