**SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ**

**ŽADATELE/KY PRO POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY (dále jen OS)**

**v**

**Odlehčovacím pobytovém a rehabilitační centru, ŽIVOT 90, z.ú.**

**Osobní údaje žadatele/ky**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení |  | Titul: |
| Jméno |  | |
| Datum narození |  | |
| Bydliště | Ulice, č. p.: | |
| Město: | PSČ: |
| Termín pobytu: | |
| Telefon |  | |
| Mobilní telefon |  | |
| Email |  | |

Kontakty na osoby blízké

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno, příjmení:**  **Adresa:** | **Telefon:**   * domů * zaměstnání * mobilní | **Email:** | **Vztah:**  (dcera apod.) |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

**Kontakt žadatele/ky s rodinou (jak často, jakou péči zabezpečuje rodina):**

………………………..………………………………………………………………………….…………………….……...………………………………………………………………….….…………………………………………………………………………………....….…………………………………………………

Číslo smlouvy:

**Nepříznivá sociální situace je způsobená: (např. hospitalizací nebo potřebou odpočinku pečující osoby, rekonvalescencí žadatele/ky):**

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kontakt na ošetřujícího lékaře

Jméno, příjmení……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresa ordinace:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Základní informace**

Má žadatel/ka zákonného zástupce?………………………………………………………………………………..……..

Původní profese žadatele/ky:………………………………………………………………………………………………………

Žadatel/ka žije:

sám/a

s manželem(kou)

s druhem/družkou

s dětmi

s vnukem/vnučkou

s jinou/jinými osobami, jakými?...................................................................................................................

Žadatel/ka je uživatelem pečovatelské služby?

NE

ANO, název a kontakt………………………………………………………………………………………………………………….

Žadatel je uživatelem domácí ošetřovatelské služby?

NE

ANO, název, kontakt……………………………………………………………………………………………………………………..

Žadatel je uživatelem jiné sociální služby?

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

NE

ANO, jaké, název, kontakt …………………………………………………………………………………………………………

**Zdravotní stav**

**Komunikace (jak s žadatelem/kou probíhá):**

………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………….....................................................................................................................................................................

**Orientace**:

V čase: ano, ne, jiné……………………………………………………………….

V místě: ano, ne, jiné……………………………………………………………….

Osobou: ano, ne, jiné……………………………………………………………….

Situací: ano, ne, jiné:……………………………………………………………………….

Rozezná žadatel/ka své osobní věci?

ANO

NE

Dokáže žadatel/ka správně vrstvit oblečení?

ANO

NE

Má žadatel/ka potřebu dopomoci v nějakých základních zdravotních úkonech?

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

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………Má žadatel/ka lékařem doporučenou dietu?

NE

ANO a jakou?……...................................................................................................................................................................

**Fyzický stav**

**Pohyblivost, chůze**

**Doma:**

* bez pomůcky…………………………………………………………………………..........................
* s pomůckou (druh pomůcky) ……………………………………………………….......
* pomůcka a doprovod……………………………………………………………………………..
* sám vůbec pohyb doma nezvládá…………………………………………………..

Popis:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Venku:**

* bez pomůcky
* s pomůckou (druh pomůcky)
* pomůcka a doprovod
* pohyb venku nezvládá, ven nechodí

Popis:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Schopnost sebeobsluhy**

**Osobní hygiena:**

Popis:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Celková hygiena:**

Popis:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**WC, inkontinence, pomůcky (sám, dopomoc)**

Popis:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oblékání, péče o zevnějšek**

Popis:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Popis:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dohodnutá míra podpory spočívá zejména v (konkrétní činnosti):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Důvodem sociálního šetření bylo zjistit potřeby žadatele/ky o odlehčovací službu, v jakém rozsahu a kdy bude odlehčovací služba Životem 90 poskytována, a zda žadatel/ka splňuje cílovou skupinu odlehčovací služby. Následně po poskytnutí odlehčovací služby se žadatel/ka vrátí zpět do svého domácího prostředí/jiné:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

V………………………………….dne……………………………….

Podpis žadatele/ky nebo jeho zákonného zástupce:………………………………………………………..

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....