**ZÁZNAM Z JEDNÁNÍ SE ŽADATELEM O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**,,PEČOVATELSKÁ SLUŽBA ŽIVOT 90“**

**ŽIVOT 90, z. ú., Karoliny Světlé 18, Praha 1, tel.: 727 897 902**

Důvodem sociálního šetření je zjistit potřeby zájemce vzhledem k zavedené pečovatelské služby, v jakém rozsahu, a kdy bude služba ŽIVOTa 90 zajišťována.

|  |  |
| --- | --- |
| **Příjmení, jméno, titul** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Státní příslušnost** |  |
| **Bydliště** |  |
| **Město: PSČ:** |
| **Patro: Výtah:** |
| **Telefon, email** |  |

**Přeje si žadatel/ka sdělit informace o svém PL?**

* **Ano**
* **Ne**

Informace o lékaři:

|  |  |
| --- | --- |
| **Praktický/ošetřující lékař**  ***(jméno, adresa, telefon)*** |  |

Stav:

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

Žije:

**sám  s manželem/kou  s rodinou  s jinými osobami**

**....................................................................**

Bydlí v:  **rodinný dům**  **bytový dům**

místnosti k užívání:

osoby žijící v bytě:

Kontakty na osoby blízké:

* žadatel/kasi nepřeje sdělovat tyto informace

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jméno**  Adresa, e-mail | **Telefon:**  domů  zaměstnání  mobilní | **Email** | **Vztah**  *(soused, syn...)* | **Klíče**  *(byt, dům)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

* žadatel/kasi nepřeje sdělovat tyto informace

**Zdroje jiné pomoci (kdo další zajišťuje péči)?**

* žadatel/kasi nepřeje sdělovat tyto informace

**Žadatel/ka si přeje využít pečovatelské služby ŽIVOTa 90 v následujících úkonech:**

**Rozsah poskytování sociální služby**

1. V rámci sociální služby budou uživateli poskytovány tyto označené základní činnosti:

Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu

 pomoc a podpora při podávání jídla a pití

 pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek

 pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu ve vnitřním prostoru

 pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

 pomoc při úkonech osobní hygieny

 pomoc při základní péči o vlasy a nehty

 pomoc po použití WC

Pomoc při zajištění stravy:

 pomoc při přípravě jídla a pití anebo příprava a podání jídla a pití

Pomoc při zajištění chodu domácnosti:

 běžný úklid a údržba domácnosti

 topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení

 drobné nákupy a pochůzky

 velký nákup, např. týdenní nákup, donáška vody, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

 doprovázení k lékaři, na úřady, instituce poskytující veřejné služby, procházka i možnosti dohledu při absenci pečující osoby

Četnost návštěv pečovatelky:

 1x za týden  Po

 2x za týden  Út

 3x za týden  St

 Každý den  Čt

 Pá

**Jak zvládá chůze po místnosti?**

* chodí sám
* chodí s holí
* chodí s berlemi
* chodí s chodítkem
* chodí jen v rámci rehabilitace
* chodí s pomocí druhé osoby
* používá vozík
* není schopen chůze

…………………………………

**Jak zvládá posazení se na lůžku?**

* posadí se sám
* posadí se s pomocí druhé osoby
* není schopen

…………………………………

**Jak zvládá přesun lůžko-židle?**

* přesune se sám
* s pomocí druhé osoby
* není schopen

…………………………………

**Schopnost najíst se a napít?**

* nají se sám i napije
* nají se s pomocí, ale napije se sám
* není schopen

…………………………………

**Osobní hygiena?**

**(vyplňuje se jenom v případě, že žadatel/ka** **má zájem o pomoc při osobní hygieně)**

* provede sám
* provede s pomocí druhé osoby
* není schopen

…………………………………

**Jak zvládá oblékání?**

**(vyplňuje se jenom v případě, že žadatel/ka** **má zájem o pomoc při osobní hygieně anebo když klient/klientka vyžaduje pomoc s oblékáním,)**

* obleče se sám
* obleče se s pomocí druhé osoby
* není schopen

…………………………………

**Použití WC:**

**(vyplňuje se jenom v případě, že žadatel/ka**  **má zájem o pomoc při osobní hygieně)**

* provede sám
* provede s pomocí druhé osoby
* používá WC křeslo (gramofon)
* není schopen
* PMK

…………………………………

**Kontinence:**

**(vyplňuje se jenom v případě, že žadatel/ka** **má zájem o pomoc při osobní hygieně)**

* plně kontinentní
* částečně inkontinentní
* úplně inkontinentní

**Používání inkontinenčních pomůcek:**

**(vyplňuje se jenom v případě, že žadatel/ka** **má zájem o pomoc při osobní hygieně)**

* ano q ne
* jaké: ……………
* kdy: ……………

**Jak klient komunikuje?**

* mluví zřetelně
* mluví s obtížemi
* nemluví
* špatně slyší
* používá naslouchadla
* špatně vidí

…………………………………

**Kdo pomáhá v péči?**

q rodina

q partner

q pečovatelská služba

q zařízení

q jiné osoby

…………………………………

**Nepříznivá sociální situace je způsobená stávajícím zdravotní stavem žadatele/žadatelky, která vyžaduje:**

* Pomoc při osobní hygieně
* Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
* Pomoc při zajištění stravy
* Pomoc při zajištění chodu domácnosti
* Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

**Uloží klíče od svého domu/bytu u PS:**

ANO

NE

Způsob, jakým bude žadatel/ka platit za službu, na základě vystavené faktury:

**Příkazem do banky**

**Složenkou**

**Hotově pečovateli**

**Jiným způsobem (jakým)**

Účastník/účastnice odboje dle zákona č. 255/1946, o přísl. čsl. armády

**ANO**

**NE**

**Jak se žadatel/ka o nás dozvěděl/a?**

* Od MČ
* Od PL
* Od Rodinného příslušníka
* V nemocnici/poliklinice
* Od známého/známé
* Na internetu
* Jiná varianta:

…………………………………

**Žadatel/ka si přeje sdělit ještě nějaké informace?**

 Ano

 Ne

**Šetření u žadatele/ky o PS provedla:**

**Sociálního šetření se zúčastnili:**

**Prohlašuji, že veškeré údaje, uvedené ve formuláři, jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a, že nepravdivé údaje mohou mít za následek vyřazení žádosti o pečovatelskou službu Života 90, případně i ukončení smlouvy mezi mnou a poskytovatelem.**

**Žadatel/ka:**

**Rodinný příslušník:**

**Dne:**

**Podpis:**