

Dotazník k osobnostnímu profilu zájemce o službu

Údaje uvedené v tomto dotazníku považuje organizace, již je poskytujete pouze pro účely posouzení vhodnosti pobytu v požadované službě, za důvěrné dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Nám sdělené údaje nebudou poskytovány dalším subjektům či jiným neoprávněným osobám.

Děkujeme za pravdivé a úplné vyplnění.

Jméno a příjmení zájemce:

Datum narození:

Zákonný zástupce, kontakt:

Váš současný stav ve zvládnání běžných životních činností a úkonů :

Sebeoslaha:

Hygiena (čištění zubů, mytí a koupání, používání kapesníku atd.)

Zcela samostatně; S podnětem/dohledem; S pomocí; Není schopen/na zvládnout;

Používání WC

Zcela samostatně; S podporou podnětem; S pomocí; Není schopen/na zvládnout;

Oblékání a obouvání

Zcela samostatně; S podnětem/dohledem; S pomocí; Není schopen/na zvládnout;

Rozpoznání svých osobních věcí: ANO – NE

Úklid osobních věcí a oblečení

Zcela samostatně; S podnětem/dohledem; S pomocí; Není schopen/na zvládnout;

Stolování, používání příboru

Zcela samostatně; S podnětem/dohledem; S pomocí; Není schopen/na zvládnout;

Spánek:

dobrý převrácený nespavost

Inkontinence (únik moči nebo stolice)

během dne: ANO – NE v noci : ANO - NE

Rozumové schopnosti:

Mluvená řeč – slova - věty:

rozumí a formuluje rozumí - nevyjadřuje nerozumí a neformuluje

Jiný způsob komunikace.....

Slovní zásoba: přiměřená nedostatečná

Vyjadřovací schopnosti: bez vady vady řeči jen neverbální

Znalosti získané ve škole: Psaní Počítání Čtení

Paměť: přiměřená nedostatečná

Orientace místem ANO - NE

Orientace časem ANO - NE.....

Jaké schopnosti , dovednosti, nadání či zkušenost máte ve Vaší oblíbené činnosti (co umíte)?

.....

Doba soustředění se na činnost.....

Znalost peněz a schopnost samostatného nákupu.....

Sociální chování:

Chování a vztah k okolí.....

Chování v kolektivu.....

Plnění pokynů.....

Reakce na výtky.....

Afektivní stavy, četnost.....

Způsob zklidnění.....

Zlozvyky.....

Sebepoškozování.....

Chování a činnost v době osobního volna.....

Zájmy a koníčky.....

Cestování v dopravních prostředcích.....

Zvládá pobyt mimo rodinu (např. rekreace, nemocnice,...).....

Vztah k práci a pracovní dovednosti:

Vztah k práci.....

Pracovní dovednosti

V domácnosti.....

Ruční práce.....

Práce na zahradě.....

Celková zručnost.....

Samostatnost a vytrvalost při práci.....

Osobní cíle a následná péče

(Čeho a jak chcete dosáhnout a co k tomu od nás potřebujete?)

.....

.....

.....

.....

V..... dne..... Podpis zájemce/opatrovníka.....

Dotazník ke zjištění požadavků na poskytovanou službu

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Stravování ANO-NE

Dieta (jaká):.....

Požadavky na výchovně vzdělávací činnost

Účast a požadavky na volnočasové aktivity

Volné vycházky: ANO – NE

Účast na rekreačních pobytech: ANO – NE

Alergie (sluneční záření, druhy potravin, chlupy, atd.): ANO – NE

.....

Požadavek na speciální služby: - rehabilitace, logopedie apod.

Jiné veřejně dostupné služby (masírování, pedikúra, kadeřnice, atd.)

Datum:..... Podpis zájemce/opatrovníka:.....

DOTAZNÍK K POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

1. OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE:

Jméno a příjmení :

Datum narození:

Státní příslušnost:

Trvalé bydliště: Rodinný stav:

Kontaktní adresa :

Zákonný zástupce (opatrovník) nebo žadatel

Jméno, příjmení:

Adresa:

Telefon: e-mail:

Údaje uvedené v tomto dotazníku považuje organizace , již je poskytujete pouze pro účely posouzení vhodnosti pobytu v požadované službě , za důvěrné dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Nám sdělené údaje nebudou poskytovány dalším subjektům či jiným neoprávněným osobám.

Děkujeme za pravdivé a úplné vyplnění.

2. ZDRAVÍ

Vaše základní diagnóza, stupeň mentálního postižení:

Další aktuální psychické či somatické onemocnění:

Další zdravotní omezení či komplikace:

Aktuální medikace (uved'te názvy léků včetně dávkování):

Psychický stav, poruchy či výkyvy chování, agresivita:

Další důležité skutečnosti týkající se oblasti zdraví:

3. STRUČNÉ ŽIVOTOPISNÉ ÚDAJE

V kolika letech se projevilo postižení, dosavadní pobyt v rodině, v hromadných zařízeních (ústavy, stacionáře – kde, odkdy, dokdy), výrazné životní zážitky a události atd.

4. RODINNÉ A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

v Rodiče žijí – nežijí, žijí spolu nebo jsou rozvedeni?

v Máte sourozence – bratry, sestry, mladší, starší, vlastní, nevlastní?

v Širší příbuzenstvo – máte s někým ze širšího příbuzenstva intenzivní vztah?

v Jak často vidáte rodiče nebo jiné členy rodiny? S kým se vidáte nejčastěji?

v Kdo jsou Vaši další blízcí lidé? Máte nějaké přátele v místě svého současného bydliště?

5. VZDĚLÁVÁNÍ A PRÁCE

v Absolvovaná školní docházka či jiný typ vzdělávání či pracovního zaškolení:

v Rozsah základních školních vědomostí: (odpovídající variantu označte křížkem)

vůbec

obtížně

dobře

čtení

psaní

počítání

v Dosavadní pracovní uplatnění (chráněné či terapeutické dílny, podporované zaměstnání, běžná práce):

v Kterou práci děláte nejraději?

v Kterou práci děláte nerad/a?

Domácí práce (odpovídající variantu označte křížkem, do volných kolonek doplňte další domácí práce, které děláte)

neumím

s dopomocí

samostatně

stlaní postele

zametání

vytírání

mytí nádobí

utírání nádobí

vysávání

praní v pračce

praní v ruce

věšení prádla

vaření jednoduchých jídel

vaření složitějších jídel

Manipulace se spotřebiči a nástroji: (odpovídající variantu označte křížkem)

Zvládáte jak ?

Samostatně

Pod dohledem

Nezvládám

Nůž

Rychlovarná konvice

Trouba mikrovlnná

Vařič elektrický

Holicí strojek ruční nebo elektrický

Fén

Vysavač

Pračka

Mobilní telefon

Televize, DVD, video, rádio

6. SEBEOBLUHA (odpovídající variantu označte křížkem – rozsah asistence do volných kolonek doplňte další oblasti, kde je nutná asistence)

nutný rozsah asistence:

plná

částečná

slovem/dohledem

žádná

Hygiena (mytí, koupání,
sprchování, čištění zubů)

Toaleta (WC)

Stolování

Oblékání

Mobilita (chůze)

Užívání léků -léky si připravujete a užíváte sám/a nebo je musí připravit a podat asistent?

Nakládání s penězi - jste schopen/schopna samostatně hospodařit s určitou částkou peněz? Uveďte výši této částky:

7. SAMOSTATNÝ POHYB A RIZIKOVÉ OBLASTI (odpovídající variantu označte křížkem, do volných kolonek můžete doplnit další oblasti)

Pouze s asistentem

samostatně

Pohyb v bytě

Pohyb mimo byt v užším okolí

Přecházení ulice

Pohyb po městě

Pohyb mimo město
cestování autobusem, vlakem

Uveďte oblasti a situace, které pro Vás v každodenním životě představují riziko či nebezpečí, dále uveďte jakým způsobem tomuto riziku obvykle předcházíte:

8. VOLNÝ ČAS, ZÁLIBY

- Uveďte, jak nejraději trávíte volný čas?

- Která činnost je pro Vás neoblíbená?

- Jaké máte koníčky a záliby (sport, hry, výtvarné činnosti, cestování, kino, kultura, cokoliv jiného).

- Jak jste doma oslovován, jakému oslovení dáváte přednost od cizích lidí?

- Jste kuřák/kuřačka, kolik cigaret denně vykouříte?

- Pijete alkohol? Jak často, při jakých příležitostech?

9. REAKCE NA NOVÉ PROSTŘEDÍ, SOUŽITÍ S OSTATNÍMI ČLENY DOMÁCNOSTI

- Jaká je Vaše reakce na nové prostředí, schopnost adaptace?
- Jakým způsobem je možné pomoci při zvykání na nové prostředí? Máte z něčeho strach?

- Máte raději samotu nebo častěji vyhledáváte přítomnost jiných lidí?
- Jaký je Váš vztah k osobám druhého pohlaví? Máte zkušenost s partnerským vztahem?

10. PRÁVNÍ POSTAVENÍ A ZABEZPEČENÍ (odpovídající variantu podtrhněte)

- Jste zbaven způsobilosti k právním úkonům: plně, částečně, nejsem zbaven
- Máte: občanský průkaz, cestovní pas, průkaz ZTP – ZTP/P?

Jaký stupeň invalidity Vám je přiznán ?: 1) 2) 3)

- Invalidní důchod Vám byl – nebyl přiznán kdy..... a jakou částku nyní pobíráteKč.(zde stačí i uvést , zda částka důchodu postačuje – nepostačuje na úhradu pobytu , stravy a nákupu běžných osobních potřeb a služeb, či zda máte jiný stálý dostatečný příjem peněz pro tyto úhrady).

Příspěvek na péči Vám je - není přiznán v částce.....Kč.

11. Z JAKÉHO DŮVODU MÁTE ZÁJEM O SLUŽBU V DOMOVĚ pro osoby se zdravotním postižením a CO OD NÍ OČEKÁVÁTE?

12. UVEĎTE DALŠÍ ÚDAJE, KTERÉ MOHOU BÝT PRO POSKYTNUTÍ SLUŽBY DŮLEŽITÉ :

Vdne.....podpis zájemce.....

podpis opatrovníka.....

Žádám, aby v případě neuspokojení mé žádosti byla dokumentace:
skartována - vrácena

Žádost
o umístění do Domova pro zdravotně postižené

Občanský průkaz číslo série

rodné číslo

1. Žadatel :

.....

příjmení (i rodné)

jméno (křestní)

2. Narozen:

.....

den, měsíc, rok

místo

okres

3. Bydliště:

PSČ.....Telefon.....

4. Rodinný stav : svobodný (á) - ženatý - vdaná - rozvedený (á) - ovdovělý (á)
žije s druhem, s družkou *

5. Původní povolání (profese)

.....

poslední zaměstnání

.....

6. Druh důchodu :výše důchodu

Příspěvek na péči:.....

7. Zdravotní pojišťovna :praktický lékař :

jiný lékař:.....

8. Žadatel bydlí v bytě:

v osobním vlastnictví - ve vlastnictví města - družstva - jiné osoby *
s rodinou - osaměle *

9. Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění v domově ?

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

10. Jména rodičů:

Otec:

.....
jméno a příjmení rok narození je-li naživu, bydliště

Matka:

.....
jméno a příjmení (rodné) rok narození je-li naživu, bydliště

11. Osoby žijící se žadatelem ve společné domácnosti (manžel (ka), rodiče, děti, vnuci, zetř, snacha:

.....

12. Ostatní příbuzní žijící mimo společnou domácnost

Příjmení, jméno	Příbuzenský poměr	Přesná adresa	Tel. č.

13. Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům - rozhodnutí soudu vze dne č.j.

14. Uveďte krátký životopis:

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

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

15. Kdo má být zpraven o závažných změnách (nemoc, pobyt ve zdravotnickém zařízení, úmrtí).

.....
.....
jméno, příjmení adresa č. telefonu

17. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce) :

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě, jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případnou náhradu vzniklé škody, event. i propuštění ze zařízení.

.....
datum

.....
Čitelný vlastnoruční podpis
žadatele nebo jeho zákonného
zástupce.

* Nehodící se škrtněte

Přílohou žádosti jsou vyplněné dotazníky a kopie těchto dokumentů :

- a) „Oznámení o přiznaném stupni invalidity a důchodu žadatele“;
- b) „Rozhodnutí o přiznání stupně závislosti na pomoci a výše příspěvku na péči“;

- Pokud je žadatel soudem omezen nebo zbaven způsobilosti k právním úkonům:

- c) „Rozhodnutí soudu o zbavení či rozsahu omezení způsobilosti osoby k PÚ“;
- d) „Dokladu o ustanovení opatrovníka soudem“.
- e) Následně, v době jednání o uzavření smlouvy na poskytnutí služby sociální péče, předloží zájemce ještě „Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele“ .

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu
žadatele o umístění do domova pro osoby se zdravotním postižením.**

Doklad k žádosti o poskytnutí služby sociální péče pobytové.

* Nehodící se škrtněte

Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel o umístění.

Požadované přílohy:

- a) Popis rtg. snímku plic ne starší tří měsíců – před nástupem do ústavního zařízení sociální péče.
b) Výsledky vyšetření na bacilonosičství - pokud je indikováno.
Výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, eventuálně dalších – na vyžádání lékaře

<p>1. Žadatel</p> <p> příjmení (u žen též rodné příjmení) jméno</p> <p>narozen</p> <p> den, měsíc, rok</p> <p>bydliště</p> <p> místo ulice číslo</p> <p>.....</p> <p> pošta směrovací číslo</p>	
<p>2. Anamnéza (rodinná, osobní. Neopomeňte uvést údaje o příp. TBC, bacilonosičství, pozitivitě HBsAg):</p>	
<p>3. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):</p>	
<p>4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):</p>	
<p>5. Diagnóza (česky):</p> <p>a) hlavní</p>	<p>Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu</p>

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Potřebuje lékařské ošetření

trvale

ANO

NE *

občas

ANO

NE *

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *

7. Potřebuje zvláštní péči – jakou:

8.

Je schopen chůze bez cizí pomoci

ANO

NE *

Je upoután trvale na lůžko

ANO

NE *

Je schopen sám sebe obsloužit

ANO

NE *

Inkontinence moči

trvale

ANO

NE *

občas

ANO

NE *

v noci

ANO

NE *

stolice

trvale

ANO

NE *

občas

ANO

NE *

Orientován místem

ANO

NE*

časem

ANO

NE*

osobami

ANO

NE*

9. Jiné údaje:

Dne

.....
razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)