

DOTAZNÍK ZÁJEMCŮ O PEČOVATELSKOU SLUŽBU DIAKONIE DUBÁ z.s. (v. 01 vydaná 1. 7. 2016)

1) OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO DATUM NAROZENÍ:

ADRESA + PSČ:

KONTAKTNÍ TELEFON, E-MAIL:

TELEFON NA RODINU ČI BLÍZKOU OSOBU.....

DUVODY ZAVEDENÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY.....

.....

.....

POTŘEBUJI POMOCI

- POMOC PŘI SEBEOBSLUZE
- koupání nebo sprchování
- výměna inkopomůcek
- ranní hygiena – pomoc na WC nebo výměna inko pomůcek, oblečení do denního oděvu
- večerní hygiena – pomoc na WC nebo výměna inko pomůcek, převlečení do nočního oděvu

- POMOC PŘI POHYBU VENKU
- doprovod k lékaři v Dubé
- procházka v obci Dubá

- DONÁŠKA OBĚDA
- ze školy v Dubé
- z restaurace

- NÁKUP
- běžný nákup do 10 položek
- velký nákup nad 10 položek

- ÚKLID
- běžný úklid – umýt podlahu, vyluxovat, utřít prach
- velký úklid – to co běžný úklid + umýt vanu, záchod a utřít prach na skříních, umýt dveře

ÚDAJE O PŘÍJMECH dle Zákona o sociálních službách platného od 1. 1. 2017

Tyto údaje uveďte pro správný výpočet poplatku za ubytování a poskytovanou péči :

- VÝŠE PŘIZNANÉHO DŮCHODU v Kč
- STUPEŇ ZÁVISLOSTI – uveďte číslicí a výše v Kč

Prohlášení žadatele: Souhlasím tímto se zpracováním osobních údajů, které jsem v žádosti uvedl a které jsou též součástí přiložené lékařské zprávy. Současně souhlasím s tím, že má lékařská dokumentace (zpráva) bude v případě nejasností a z důvodu objektivit posouzena konzultována s lékařem.

Datum a podpis žadatele:

Vyplněnou žádost zašlete na následující adresu:

DIAKONIE DUBÁ z.s.
Pečovatelská služba
Dlouhá 87/103
471 41 Dubá

Další informace na telefonu:

487 870 051 nebo 739 050 523 (M. Exner)

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY **v Centru sociální rehabilitace Diakonie Dubá**

Žádám tímto o poskytnutí pečovatelské služby od Byl/a jsem seznámen/a s ceníkem pečovatelské služby a v dotazníku jsem uvedl/a všechny informace potřebné k rozhodování o schválení pečovatelské služby

Jméno: Datum

Příjmení.

Trvalé bydliště:
.....

podpis žadatele

▲ vyplňuje žadatel

Oznámení:

Výkonný ředitel Diakonie Dubá na základě provedeného sociálního šetření * **schvaluje /neschvaluje** poskytnutí pečovatelské služby od Pečovatelská služba bude probíhat na základě nasmlouvaných úkonů, které jsou součástí Smlouvy o poskytování sociální služby. Smlouva o poskytování služby bude sepsána a podepsána nejpozději před prvním dnem úkonu pečovatelské služby.

Poznámka:

.....

.....

.....

.....

V Dubé dne

Za Diakonii Dubá (jméno, funkce)

(podpis)

▲ vyplňuje poskytovatel služby

VOJÁDRÉNÍ LÉKAŘE

Místo pro interní záznamy poskytovatele:

Doklad k žádosti

1. Žadatel
příjmení (u žen též rodné jméno) jméno
narozen
den, měsíc, rok místo
bydliště
místo ulice číslo popisné
.....
okres pošta směrovací číslo

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

4. Diagnóza (česky) Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu
a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Je pod dohledem speciálního oddělení ? (je vhodné připojit výsledky vyš.)

Je zjištěn návyk na alkohol ?

Projevy narušující kolektivní soužití:

Je orientovaný ? (čas, místo, prostor)

Je agresivní?

Noční aktivita?

Jiné údaje:

6. Přílohy :

a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu

b) výsledky vyšetření na bacilovosičství

c) podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře nebo posudkového lékaře krajského úřadu –

výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření

7. údaje o soběstačnosti:

Najedení, napití	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Oblékání	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Osobní hygiena	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Koupání	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Použití WC	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Chůze po schodech	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Chůze po rovině	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Přesun na lůžko (židli)	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Kontinence moči	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> občas inkontinentní	<input type="checkbox"/> trvale inkontinentní
Kontinence stolice	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> občas inkontinentní	<input type="checkbox"/> trvale inkontinentní

Je schopen sám užívat léky? (aplikace inzulínu apod.)

Dohled jiné osoby, v čem ?

Držitel průkazu TP ZTP ZTP/P

Jiné důležité údaje vzhledem k soběstačnosti:

8. Jiné údaje:

Dne:

podpis vyšetřujícího lékaře
(jmenovka, razítko)