



Jednání o poskytnutí odlehčovací služby

Duha o.p.s., J. Fučíka 873, 504 01 Nový Bydžov

Telefon : 495 491 180, 736 601 096

Žadatel:

Příjmení :

Jméno :

Adresa :

Doba pobytu od : **do**

Datum narození :

Příspěvek na péči : ne ano – stupeň

Důvod žádosti o poskytnutí odlehčovací služby: _____

Jednání

proběhlo: _____

Za

účasti: _____

Žadatel byl seznámen: s možnostmi využití služby – tj. které služby může využít a co služba obsahuje, byl předán aktuální ceník služby, seznámení s možnostmi specifikace místa a času poskytování služby, že je služba podmíněna podepsáním smlouvy o poskytování služeb. Dále mu byl předán informační servis služby – komplexní informace o službě, informační brožura (leták) organizace, kde jsou popsány další služby a kontakty na organizaci, smlouva o poskytování sociálních služeb k prostudování.

Souhlasím, se zpracováním mých osobních údajů za účelem poskytnutí sociální služby.

Žadatel bere na vědomí, že odlehčovací služba není zdravotnické zařízení, ale zařízení sociální péče.

Jednání ze dne:

Podpis žadatele:.....

Údaje potřebné pro zajištění služby:

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře :

Telefon :

Zdravotní pojišťovna :

Nejbližší příbuzní :

Jméno a příjmení, vztah ke uživateli:

Adresa : Telefon :

Jméno a příjmení, vztah k uživateli :

Adresa : Telefon :

Návštěva odborných lékařů v době pobytu:

jaké : kdy: doporučení :
jaké : kdy : doporučení :

Uživatel užívá léky sám : sám nezbytný dohled

Činnosti denního života :

orientace:	normální	dezorientovaný
pomoc při osobní hygieně :	ano	ne
koupání s pomocí :	ano	ne
pomoc při oblékání :	ano	ne
pomoc při jídle :	ano	ne
dohled nad pitným režimem:	ano	ne
péče o dutinu ústní, protézu :	ano	ne

Hygienické pomůcky při inkontinenci :

kalhotky :	den	noc
vložky :	den	noc
podložky:	den	noc
WC židle :	den	noc

Rehabilitační pomůcky : chodítko, invalidní vozík, popř. jiné – napsat jaké

Příjmení a jméno:.....

Rodné číslo:.....

Adresa trvalého bydliště:

Výpis ze zdravotní dokumentace:

Rozpis léků

název léku	ráno	poledne	večer	noc

Jméno lékaře:

Razítko a podpis :

Telefon :



Doporučné vybavení k pobytu v DUZE o.p.s.

- 1) léky na celou dobu pobytu
- 2) inkontinentní pomůcky na celou dobu pobytu (pleny, vložky)
- 3) hygienické potřeby na celou dobu pobytu – Wc papír, mýdlo, šampon, pleťové mléko, přípravky ošetřující kůži u inkontinentních klientů – Menalind, pastu na zuby, event. přípravky čistící zubní protézy, hřeben apod.
- 4) Muži vlastní holicí strojek.
- 5) Chodítka, rehabilitační pomůcky, invalidní vozíky, hole
- 6) Osobní ošacení v dostatečném množství, u inkontinentních klientů víc
- 7) Další předměty osobní potřeby

Další informace poskytne ředitelka Duhy o.p.s. Štěpánka Holmanová

Dotazník pro rodinné příslušníky

1. Váš vztah k osobě blízké (zájemci o službu).....
.....
.....

2. Bydlíte společně?.....
.....
.....

3. Kdo obvykle o Vašeho blízkého pečuje?.....
.....
.....

4. Jak často a s čím mu pomáhá rodina?.....
.....
.....

5. Co si Váš blízký zvládá dělat sám a s čím potřebuje pomoci?.....
.....
.....

6. Jak vypadá jeho denní režim – kdy vstává, snídá, dopolední a odpolední odpočinek, aktivity, hygiena, usínání?
.....
.....
.....

7. Která činnost ho baví ve volném čase?.....

.....

8. Jak spolu komunikujete, používá při komunikaci nějaké pomůcky?.....

.....

9. Co považujete za důležité, abychom věděli?.....

.....

10. Na co si dát pozor, důležitá upozornění (riziko pádu, odchodu ze zařízení apod.)?.....

.....

11. Kdo dotazník vyplnil? (jméno, příjmení-vztah k zájemci o službu).....

.....