

ŽÁDOST O ODLEHČOVACÍ POBYT

ŽADATEL

Jméno a příjmení, příp. titul:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Příspěvek na péči:

ANO stupeň: NE

Žadatel je omezen na způsobilosti k právním úkonům: ANO – NE

V případě kladné odpovědi doložte neověřenou kopii rozsudku nebo usnesení.

Doba pobytu: od: do:

Důvod žádosti o poskytnutí odlehčovací služby (Vaše hlavní očekávání):

KONTAKTNÍ OSOBY

Jméno a příjmení hlavní osoby:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Telefon:

Email:

Vztah k žadateli:

Jméno a příjmení další osoby:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Telefon:

Email:

Vztah k žadateli:

ČINNOSTI DENNÍHO ŽIVOTA / SEBEOBSLUHA (POSOUZENÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU)

| | | | |
|-------------------------------------|------------|----------|----------------|
| Konzumace jídla | samostatně | s pomocí | nutno podávat |
| Konzumace nápojů | samostatně | s pomocí | nutno podávat |
| Oblékání | samostatně | s pomocí | nutno obléci |
| Umytí, osobní hygiena | samostatně | s pomocí | nutno umýt |
| Péče o dutinu ústní, protézu | samostatně | s pomocí | nutno vyčistit |
| Péče o zevnějšek | samostatně | s pomocí | nutno upravit |
| Chůze po rovině | samostatně | s pomocí | neschopen |
| Chůze do - ze schodů | samostatně | s pomocí | neschopen |

| Hygienické pomůcky při inkontinenci | Kompenzační pomůcky |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nepoužívá | <input type="checkbox"/> nepoužívá |
| <input type="checkbox"/> kalhotky: den noc | <input type="checkbox"/> chodítka |
| <input type="checkbox"/> vložky: den noc | <input type="checkbox"/> invalidní vozík |
| <input type="checkbox"/> podložky: den ... noc | <input type="checkbox"/> antidekubitní matrace |
| | <input type="checkbox"/> WC židle |
| | <input type="checkbox"/> jiné: |

ORIENTACE

| ORIENTACE | | | |
|--------------------|-----|----------|----|
| V osobách | ano | částečně | ne |
| V prostředí | ano | částečně | ne |
| V čase | ano | částečně | ne |
| V situaci | ano | částečně | ne |

ZÁVĚREČNÉ INFORMACE PRO ŽADATELE O ODLEHČOVACÍ POBYT

Součástí žádosti je vyplněný **dotazník o zvyklostech žadatele a písemné vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele ne starší než jeden měsíc.**

Dotazník o zvyklostech žadatele je možné vyplnit při úvodní návštěvě s vedením služby, vyjádření lékaře je nezbytné předložit nejpozději tři pracovní dny před zahájením pobytu. Bez vyjádření lékaře není možné žadatele přijmout k pobytu.

Žádost byla vyplněna dne:

Jméno a příjmení odesílatele žádosti:

Telefon:

Email:

Vztah k žadateli:

**Prosíme, vyplněný formulář odešlete na adresu malinova@socialnisluzbyhk.cz
nebo auxtova@socialnisluzbyhk.cz**

V textu e-mailu uveďte následující: „Žádost je odesílána se souhlasem klienta / opatrovníka pro zajištění návaznosti sociálních služeb. Prosíme, do 3 dnů vymazat.“