



ZÁZNAM ZE SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ

ÚDAJE O ZÁJEMCI O SLUŽBU

Jméno a příjmení:

číslo telefonu:

datum nar.:

rodinný stav:

Trvalé bydliště:

Skutečné bydliště:

BYTOVÉ PODMÍNKY ZÁJEMCE

- Dosud bydlel/a:
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> v bytě | <input type="checkbox"/> v rodinném domě | <input type="checkbox"/> v pobytovém zařízení |
| <input type="checkbox"/> na ubytovně | <input type="checkbox"/> nikde | <input type="checkbox"/> jinde.... |
| <input type="checkbox"/> sám | <input type="checkbox"/> s rodinou | <input type="checkbox"/> u jiných příbuzných |
| <input type="checkbox"/> s osobou blízkou | | |

KONTAKTY RODINNÉ ČI JINÉ PŘÍSLUŠNÍKY

Manžel/ka, partner/ka – jméno a příjmení, adresa, telefon.spojení:

Dítě, ev.děti – jméno a příjmení, adresa, telefon.spojení:

Sourozenci a další příbuzní – jméno a příjmení, adresa, telefon.spojení:

ZDRAVOTNÍ STAV ZÁJEMCE

Orientace:

- orientovaný částečně orientovaný (místem, časem, osobou, prostorem)
 neorientovaný nemožno posoudit

Komunikace:

- odpovídá samostatně informace nutno doplnit jinou osobou
 šetření nutno provést s jinou osobou

Smysly:

zrak: potíže se zrakem ANO NE

kompensační pomůcka ANO NE

sluch: potíže se sluchem ANO NE

kompensační pomůcka ANO NE

Mobilita:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mobilní bez pomůcky | <input type="checkbox"/> mobilní s FH bez doprovodu |
| <input type="checkbox"/> mobilní s FH s doprovodem | <input type="checkbox"/> mobilní s chodítkem bez doprovodu |
| <input type="checkbox"/> mobilní s chodítkem s doprovodem | <input type="checkbox"/> mobilní na vozíku bez doprovodu |
| <input type="checkbox"/> mobilní na vozíku, s doprovodem | <input type="checkbox"/> imobilní, vysazuje se |
| <input type="checkbox"/> imobilní, nevysazuje se | |

použití kompenzační pomůcky: ANO NE
jaká?

vlastní zapůjčená



Inkontinence: bez inkontinence částečná inkontinence úplná inkontinence
použití: plenkových kalhotek vložných plen
použití: po celý den jen v noci jen příležitostně (např. při odchodu k lékaři, akce)

Rehabilitace:

Dieta: žádná šetřící diabetická žlučnicková jiná:

Úprava stravy: bez mechanicky upravená PEG/Sonda tekutá výživa mletá

Jméno praktického lékaře:

Zdravotní pojišťovna:

Důležité informace o zdrav. stavu:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEBEOBSLUHA A SOBESTAČNOST (1. zvládá sám; 2. zvládá s pomocí KOHO?; 3. Nezvládá)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osobní hygiena: | <input type="checkbox"/> Celková koupel: |
| <input type="checkbox"/> Oblékání, nazouvání: | <input type="checkbox"/> Příprava jídla: |
| <input type="checkbox"/> Konzumace jídla a příjem tekutin: | <input type="checkbox"/> Drobné nákupy: |
| <input type="checkbox"/> Vyřizování úředních záležitostí: | <input type="checkbox"/> Praní a žehlení prádla: |
| <input type="checkbox"/> Běžný úklid domácnosti: | |

KONTAKT SE SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍM

Technické bariéry:

Četnost a druh návštěv:

Pocit osamělosti, potřeba sociálního kontaktu:

Potřeba volnočasových aktivit:

Deprese, úzkost, nespokojenost z:

Další informace o zájemci povolání - záliby:



FINANČNÍ SITUACE

Příjem zájemce: důchod dostačující na úhradu pobytu nedostačující na úhradu pobytu
 doplatková dohoda s kým

podaná žádost – zvýšení - o PnP příspěvek na péči I – II – III – IV

jiný příjem:

HOSPODAŘENÍ S FINANČNÍMI PROSTŘEDKY

Zvyklý hospodařit samostatně? ANO NE

Pomoc rodiny/jiné osoby – koho?

Požaduje trezor na pokoji? ANO NE

POŽADAVKY NA UBYTOVÁNÍ

požadavek:

specifické požadavky:

elektronika k přestěhování:

nábytek k přestěhování:

domácí zvířátka:

ADAPTACE

Obavy zájemce:

Potíže s adaptací:

SOCIÁLNÍ POTŘEBA SLUŽBY

Naléhavost ubytování: ihned (během 2 – 3 dnů) během měsíce dle potřeby

důvod:
.....

POŽADAVEK NA PÉČI (osobní cíl, očekávání od služby, přání zájemce):



Domov pro seniory Bukov
 Příspěvková organizace
 Za Vozovnou 783/1, 400 01 Ústí nad Labem
 IČ 445 55 661

Popis úkonu	Jak často:	V jaký čas:	Kdo provede úkon:	
	Denně Týdně Dle potřeby	Ráno / Večer V noci / V ? hod	Sám / Pracovník PSS	
Buzení				
Ranní / polední / večerní hygiena				
Péče o dutinu ústní				
Celková koupel (včetně mytí vlasů)				
Stříhání nehtů				
Výměna inko.pomůcek				
Mazání a prevence opruzenin				
Změna polohy / vysazení mimo lůžko				
Vynesení/přinesení toal. křesla - mísy				
Příprava stravy				
Konzumace stravy				
Oblékání/svlékání				
Kontrola kvality spánku(noční kontrola)				
Nákupy				
Úklid pokoje				
Pochůzky				
Doprovod				
Duchovní služby – vyznání -				
Jiné:				
Popis úkonu	Jak často:	V jaký čas:	Kdo provede úkon:	
	Denně Týdně Dle potřeby	Ráno / Večer V noci / V ? hod	Sám / Zdravotní sestra	
Příprava /podávání léků/dohled nad užitím léků				
Aplikace podkožních injekcí (př. inzulin)				
Provádění inhalací – převazů				
Rehabilitace – léčebná těl. výchova				
Měření tělesné teploty				



Domov pro seniory Bukov
Příspěvková organizace
Za Vozovnou 783/1, 400 01 Ústí nad Labem
IČ 445 55 661

- Informace poskytl zájemce
- Zájemce má potíže s komunikací - informace poskytla jiná osoba
- Zájemci byl předán Domácí řád DpS Bukov
- Zájemci bylo poskytnuto poradenství ve věci žádosti o příspěvek na péči (příp. zvýšení příspěvku na péči)
- Jiné:

Svým podpisem dávám souhlas ke zpracování uvedených údajů pro účely evidence zájemců o službu a k následnému poskytnutí služby, a to v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Tento souhlas uděluji pro uchování údajů až do doby provedení skartace spisové dokumentace.

Zároveň prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé.

.....
Podpis zájemce

.....
Podpis jiné osoby

V Ústí nad Labem dne

.....
Podpis osoby, která záznam provedla