



VSTUPNÍ DOTAZNÍK PRO KLIENTY

Jméno a příjmení klienta:
Jméno a příjmení kontaktní osoby:
Adresa:
Telefon:
Příbuzenský či jiný vztah:
Vyberte základní činnosti , o jejichž poskytování žádáte: <input type="checkbox"/> pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu <input type="checkbox"/> pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu <input type="checkbox"/> poskytnutí stravy <input type="checkbox"/> výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti <input type="checkbox"/> zprostředkování kontaktu se společenským prostředím <input type="checkbox"/> sociálně terapeutické činnosti <input type="checkbox"/> pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
Vyberte fakultativní činnosti , o jejichž poskytování žádáte: <input type="checkbox"/> přeprava osobním autem NADĚJE (město Zlín) <input type="checkbox"/> přeprava autem NADĚJE s možností přepravy na invalidním vozíku <input type="checkbox"/> dohled nad užitím léků (aktuální seznam léků je nutno dodat)
Doprava do a ze zařízení: <input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> služebním autem NADĚJE (fakultativní služba) Uveďte adresu:
Čas odjezdu do zařízení, který by klientovi vyhovoval.....
Čas odjezdu ze zařízení, který by klientovi vyhovoval:
Jak často budete využívat naši službu: <input type="checkbox"/> denně od do
<input type="checkbox"/> pravidelně v určité dny (zatrhněte dny v týdnu, ve kterých budete službu využívat): pondělí úterý středa čtvrtek pátek od..... do.....
<input type="checkbox"/> nepravidelně, vždy po telefonické domluvě
Je klientovi potřeba pomoci při osobní hygieně? <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> je (uveďte jakým způsobem)

<p>Inkontinence moče nebo stolice:</p> <p><input type="checkbox"/> není</p> <p><input type="checkbox"/> částečně inkontinentní</p> <p><input type="checkbox"/> zcela inkontinentní</p>
<p>Je potřeba klienta upozorňovat na WC?</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> ano (uveďte jak často):</p>
<p>Budete v denním stacionáři odebírat stravu? Pokud ano, jaká jídla?</p> <p><input type="checkbox"/> ano snídaně, svačina, oběd, odpolední svačina (zatrhněte)</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>
<p>Typ stravy:</p> <p><input type="checkbox"/> normální</p> <p><input type="checkbox"/> diabetická</p>
<p>Pokud je klient zvyklý na určitý režim podávání stravy během dne, uveďte, prosím:</p> <p>obvyklou dobu svačiny:</p> <p>obvyklou dobu oběda:</p> <p>odpolední káva, svačina:</p>
<p>Je třeba dopomoci při jídle, nebo tuto činnost zvládne klient sám?</p> <p><input type="checkbox"/> zvládne sám</p> <p><input type="checkbox"/> nezvládne, nutná pomoc (upřesněte, jaká – např. nakrájet apod.):</p>
<p>Jídla, která u klienta vyvolávají alergii, popř. které nemá rád:</p> <p>.....</p>
<p>Vyberte způsob úhrady poskytnutých služeb:</p> <p><input type="checkbox"/> bezhotovostně na bankovní účet poskytovatele</p> <p><input type="checkbox"/> v hotovosti v pokladně poskytovatele</p>
<p>Máte-li další údaje, které považujete za důležité, prosím, sdělte nám je (např. přiznaný stupeň příspěvku na péči):</p>

Důležitá poznámka:

Při každé změně je nutné pracovnice denního stacionáře seznámit s novými skutečnostmi. Svým podpisem, prosím, potvrďte, že veškeré údaje jste uvedl/a pravdivě a zodpovědně:

V dne.....

.....

Podpis žadatele / opatrovníka