

## Doplnění informací o žadateli o Odlehčovací službu

(pro klienty, kteří OS využívali před pandemií COVID 19)

**Jméno žadatele:**..... **datum narození:**.....

**Způsob oslovování:**.....

**Svéprávnost:**

.....  
.....

**Opatrovník:**

**Jméno:**.....**číslo OP:**.....

**Adresa:**.....

**telefon, mail:**.....

**Opatrovnická rada:**

.....  
.....

**Žádat informace a přijímat Žadatele do své péče (výlet, ukončení služby) mohou tyto osoby:**

**Prosíme jména a kontakt pro případ onemocnění klienta a nutnosti dřívějšího ukončení služby.**

.....  
.....  
.....

**Důvod žádosti o službu, očekávání a cíl objednatel:**

.....  
.....  
.....

**Osobní cíl klienta, přání a očekávání**

.....

.....

.....

**Komunikace (verbální, neverbální, obrázky a znaky)**

.....

.....

**Finance (hospodaření s penězi, hodnota peněz, umí peníze používat)**

.....

.....

**Doklady (jaké, uložení u sebe, v uzamčeném prostoru....)**

.....

**Popis dne:**

a) Vstávání (v kolik, samostatně, s podporou)

.....

.....

b) Hygiena (samostatně, podpora – jaká, vyprazdňování, inkontinence, sprcha, vana, bojí se)

.....

.....

c) Strava (je nutné stravu upravit, jídla, která nejí, jí lžící, příborem, sám, s podporou – jakou, pití – je třeba připomínat, pije příliš, speciální pomůcky..., rizika)

.....

.....

d) Odpočinek během dne (chodí si po obědě lehnout, potřebuje často měnit polohu....)

.....

- .....
- e) Usínání (v kolik, spí dobře/špatně, potřebuje polohovat během noci – jak často, spí na běžné posteli/polohovacím lůžku s postranicí, jsou nutné kontroly během noci, jak často....)
- .....
- .....

**Mobilita** (pohybuje se samostatně, s podporou druhé osoby – jakou, speciální pomůcky (invalidní vozík, hůl, ortopedické boty....) rizika – odejde sám/sama neorientuje se....)

.....

.....

.....

.....

**Míra Podpory: (zvládá sám, druhá osoba, případně podpora)**

1) Běžné činnosti:

- Strava .....
- Oblékání a péče o oděv .....
- Podpora při přesunu .....
- Péče o lůžko, pokoj .....
- Doprovod .....

2) Hygiena:

- Chrup .....
- Mytí těla .....
- Péče o vlasy, vousy, nehty .....
- Péče při inkontinenci .....

3) Aktivizační činnosti – co má rád, čím se zabaví, účast v ateliérech a dílnách dle epidemiologické situace, aktivizační činnosti budou v rámci OS

.....

.....

4) Zprostředkování kontaktu (v rámci OS, vycházky, farma)

.....

5) Volnočasové a zájmové aktivity (primárně jen na OS a ve venkovních prostorách, pořizování foto a digi záznamů....)

.....  
.....

6) Soc.-terap. Činnosti – budou poskytovány dle aktuální epidemiologické situace

.....  
.....

7) Pomoc při uplatňování práv, vyřizování úředních záležitostí (rodina/personál)

.....

8) Rizika – jaká, popis + řešení

.....  
.....  
.....  
.....

### Zdravotní stav

a) Aktuální zdravotní stav

.....

b) Smyslové vady

.....

c) Dietní opatření

.....

d) Alergie

.....

e) Poruchy spánku (kontroly v nočních hodinách na pokoji, ano/ne/v případě nemoci.....)

.....  
.....

f) Medikace – léky bere sám/sama, musí je podávat druhá osoba, polyká je celé/drcené

.....

.....  
g) Chování v afektu (ve vypjatých situacích se dokáže kontrolovat/nedokáže)  
.....  
.....

h) Kompenzační pomůcky: pohyb, spánek, řeč, hygiena, jídlo, smyslové vnímání  
.....  
.....

#### **Sexualita, antikoncepce:**

.....

#### **Neurologické záchvaty (průběh, pomoc....)**

.....  
.....  
.....

#### **Jiné zdravotní problémy**

.....

#### **Další sdělení (rituály, zvyky, zvláštnosti...)**

.....  
.....

#### **Dojednané postupy při nástupu ke službě:**

- a) Kopie listu opatrovníka
- b) Oblečení, věci osobní potřeby po celou dobu pobytu (doporučujeme oblečení, které se dá prát na vyšší teplotu, cennosti a drahé oblečení doporučujeme nechat doma)
- c) Záloha na případné lékařské poplatky ve výši 200 Kč.
- d) Léky – trvalá medikace - na celou dobu pobytu v originálním balení (dávkovat budou na ZS dle dodaného rozpisu). V případě alergií například na včelí bodnutí mít sebou léky, které budou u personálu. Pro případ onemocnění během OS doporučujeme mít sebou léky tišící bolest, horečku, kapky do nosu, a kapky na kašel, případně vitamíny)
- e) Respirátory / roušky na celou dobu pobytu – dle aktuální situace

Žadatel, jeho opatrovník (zákonný zástupce), svým podpisem vyjadřují souhlas k uložení spisové dokumentace, po ukončení čerpání služby, u vedoucí oddělení. A to pro případ opakovaného čerpání odlehčovací služby v našem zařízení.

**Souhlasím** –  **Nesouhlasím** s uveřejňováním fotografií v souladu se zákonem č. 101/200 Sb., v platném znění. Svůj souhlas mohu kdykoli odvolat a to i bez udání důvodu.

**Kontaktní osoby za poskytovatele:**

Krejčí Lucie, 317 140 244-5, 733 751 451 [krejcil@tloskov.cz](mailto:krejcil@tloskov.cz)

Muchinová Vladimíra, 317 740 104 [muchinovav@tloskov.cz](mailto:muchinovav@tloskov.cz)

Kontakt na oddělení OS: 317 740 244

V ..... dne .....

Za žadatele:

.....