

**Vstupní dotazník pro zájemce Ambulantní odlehčovací služby Strání**

<b>Jméno a příjmení klienta:</b>
Jméno a příjmení pečovatele:
Adresa:
Telefon:
Příbuzenský či jiný vztah:
<b>Doprava do a ze zařízení:</b>
<input type="checkbox"/> vlastní
<input type="checkbox"/> autem Charity – <b>komerční služba</b>
Uvedte adresu:
Čas odjezdu do služby, který by klientovi vyhovoval:
Čas odjezdu ze služby, který by klientovi vyhovoval:
<b>Jak často bude klient využívat naši službu:</b>
<input type="checkbox"/> denně
<input type="checkbox"/> pravidelně určité dny (uvedte které)
<input type="checkbox"/> nepravidelně, vždy po telefonické domluvě
<b>Zrak klienta:</b>
<input type="checkbox"/> vidí dobře
<input type="checkbox"/> brýle – na dálku, na čtení, obojí
<input type="checkbox"/> nevidí – odkázán na doprovod
<b>Sluch klienta:</b>
<input type="checkbox"/> slyší dobře
<input type="checkbox"/> slyší s omezením – nahlas mluvit, naslouchátko
<input type="checkbox"/> neslyší – odkázán na alternativní komunikaci
<b>Mobilita klienta:</b>
<input type="checkbox"/> schopen samostatné chůze bez opory
<input type="checkbox"/> schopen chůze s oporou, pomůckami
<input type="checkbox"/> není schopen, invalidní vozík
<b>Komunikace klienta:</b>
<input type="checkbox"/> schopen porozumět a dorozumět se
<input type="checkbox"/> omezená - způsob dorozumění:
<input type="checkbox"/> neschopen - způsob alternativní komunikace:
V případě, že pracovníce budou dohlížet na <b>dodržení léčebného režimu</b> a nad užíváním vámi přichystaných léků, uveďte prosím, kdy klienta na užívání upozorňovat:

<p>Je třeba <b>dopomoci při jídle:</b></p> <p><input type="checkbox"/> není, klient se zvládne sám najíst i napít</p> <p><input type="checkbox"/> je (uved'te, jakým způsobem)</p>																
<p>Pokud je klient zvyklý na určitý <b>režim podávání stravy</b> během dne, uveďte, prosím:</p> <p>obvyklou dobu svačiny:</p> <p>obvyklou dobu oběda:</p>																
<p><b>Jídla, která u klienta vyvolávají alergii, popř. která nemá rád:</b></p>																
<p>Je klientovi třeba pomoci při osobní hygieně?</p> <p><input type="checkbox"/> není, zvládne sám</p> <p><input type="checkbox"/> je (uved'te jakým způsobem)</p>																
<p><b>Inkontinence moče nebo stolice:</b></p> <p><input type="checkbox"/> není</p> <p><input type="checkbox"/> částečně inkontinentní moč - stolice</p> <p><input type="checkbox"/> zcela inkontinentní moč - stolice</p>																
<p>Je potřeba klienta upozorňovat na WC:</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> ano (uved'te, jak často)</p>																
<p><b>Zvyky nebo rituály</b>, které je třeba během dne dodržovat:</p>																
<p><b>Oblíbené činnosti klienta:</b></p>																
<p>Kontakt na osoby (podle důležitosti), na které se obrátit v případě nutnosti (naléhavá situace, akutní zhoršení zdravotního stavu) - uveďte, prosím, veškeré údaje</p>																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jméno</th> <th>Adresa</th> <th>tel. do zaměstnání/domů</th> <th>mobil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Jméno	Adresa	tel. do zaměstnání/domů	mobil	1.				2.				3.			
Jméno	Adresa	tel. do zaměstnání/domů	mobil													
1.																
2.																
3.																
<p>Máte-li <b>další údaje</b>, které považujete za důležité, prosím, sdělte nám je:</p>																

**Důležitá poznámka:**

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

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

.....

podpis