



Městys Okříšky, Jihlavská 1, 675 21 Okříšky

Pečovatelská služba Okříšky

Záznam ze sociálního šetření

(ve znění usnesení rady městyse Okříškyze dne)

Žadatel

Jméno a příjmení: Datum narození

Bydliště: PSČ.....

Telefon:.....Mail:.....

Žádost podána dne:č. žádosti.....

Poskytování služby bez úhrady dle § 75, o. zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách ze dne 14. března 2006 v platném znění : ☐ ano ☐ ne

Žadatel má zájem o tyto služby:

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

Osobní cíle žadatele o službu:

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

Ostatní důležité informace (např. závažné informace týkající zdravotního stavu vzhledem k poskytování PS, dieta, epilepsie atd.)

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

Posouzení péče žadatele:

Úkon	zvládá	s pomocí	nezvládá
Podávání, zpracování stravy			
Přijímání stravy, dodržování pitného režimu			
Mytí těla			
Koupání nebo sprchování			
Péče o vlasy, ústa, nehty, holení			
Výkon fyziologické potřeby, včetně hygieny			
Vstávání z lůžka, ulehání, změna poloh			
Sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě			
Stání, schopnost stát			
Přemísťování předmětů denní potřeby			
Chůze po rovině			
Chůze po schodech nahoru, dolů			
Výběr oblečení, rozpoznání správného vrstvení			
Oblékání, svlékání, obouvání, zouvání			
Orientace v přirozeném prostředí			
Provedení si jednoduchého ošetření			
Dodržování léčebného režimu			
Komunikace slovní, písemná, neverbální			
Orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí			
Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi			
Obstarávání osobních záležitostí			
Uspořádání času, plánování života			
Zapojení do sociálních aktivit odpovídajících věku			
Manipulace s kohouty a vypínači			
Manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří			

Důvody pro poskytnutí - neposkytnutí služby:

.....

.....

.....

Ošetřující lékař:

Jméno, kontakt.:

Kontakt na rodinu, případně blízké, známé, zákonného zástupce, opatrovníka

(pro případ nouzové situace, kontaktována bude nejprve osoba uvedená na prvním místě)

1. Jméno a příjmení: Příbuzenský poměr, vztah.....

Bydliště: PSČ.....

Telefon:.....Mail:.....

1. Jméno a příjmení: Příbuzenský poměr, vztah.....

Bydliště: PSČ.....

Telefon:.....Mail:.....

Jednání proběhlo:

☐ v sídle pečovatelské služby ☐ v domácnosti klienta

☐ jinde (uved'te).....

Žadatel byl seznámen s těmito dokumenty:

☐ návrhem smlouvy

☐ způsobem podávání stížností

☐ standardem č.4 pro uživatele

☐ ceníkem

Dokumenty předané žadatelem (např. lékařská zpráva, kopie dokladu prokazující oprávněnost poskytování služby bez úhrady apod.)

.....

Šetření provedl (a) :, sociální pracovník

dne

Podpis

Další účastníci jednání:

....., klíčový pracovník Podpis.....

....., Podpis:

Podpis žadatele nebo jeho zástupce, s nímž byl vedeno šetření:

Vedoucí PS byl/a seznámen/a se záznamem dne: Razítko, podpis

Kontaktní osoby: Bc. Lada Švecová, telefon 568 839 254, mob. 773 492 211, e-mail: svecova@ou.okrisky.cz

Jitka Binková, telefon 724 287 758, e-mail: binkova@ou.okrisky.cz