



## Záznam z jednání o poskytnutí odlehčovací služby

Duha o.p.s., J. Fučíka 873, 504 01 Nový Bydžov

Telefon: 495 491 180, 736 601 096

**jednání ze dne:**

**Zájemce/zájemkyně o službu:**

**Příjmení:** .....

**Jméno:** .....

**Adresa trvalého bydliště:** .....

**Adresa, na které se zájemce/zájemkyně zdržuje**

**(např. u příbuzných – pokud je odlišná od adresy trvalého bydliště):**

.....

**Zdravotní pojišťovna:** .....

**Doba pobytu od:** ..... **do:** .....

**Datum narození:** ..... **Příspěvek na péči: ne ano – stupeň** .....

**Jednání proběhlo za účasti:** .....

**Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:** ..... **Telefon:** .....

**Údaje potřebné pro zajištění služby:**

**Nejbližší příbuzní:**

**Jméno a příjmení, vztah ke klientovi:** .....

**Adresa:** ..... **Telefon:** .....

**Jméno a příjmení, vztah ke klientovi:**

.....

**Adresa:** ..... **Telefon:** .....

**Popis nepříznivé situace** – proč o službu žádá, jak byla situace řešena dříve – proč už to tak nejde, popis zdrojů zájemce – fyzické a psychické schopnosti, vysoký věk, zdravotní stav, popis zdrojů blízkých osob – možnosti pomoci rodinou, přáteli, popis veřejných zdrojů – důvod jejich nevyužívání:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Požadavky, očekávání zájemce/zájemkyně od Odlehčovací služby:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Cíle spolupráce (osobní cíle):**

.....

.....

.....

.....

**Činnosti denního života:**

<b>Klient užívá léky sám:</b>	sám	nezbytný dohled	
<b>orientace:</b>	normální	dezorientovaný	
<b>pomoc při osobní hygieně:</b>	ano	ne	
<b>koupání s pomocí:</b>	ano	ne	
<b>pomoc při oblékání:</b>	ano	ne	
<b>pomoc při jídle:</b>	ano	ne	
<b>dohled nad pitným režimem:</b>	ano	ne	
<b>péče o dutinu ústní (protéza):</b>			

**Hygienické pomůcky při inkontinenci: Kalhotky** (vločky, podložky, WC židle)

**Zvyklosti, návyky zájemce/zájemkyně, rozsah a způsob péče, kterou dostával v domácím prostředí:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Zájemce/zájemkyně byl/a seznámen/a:** s možnostmi využití služby- tj. které služby může využít a co služba obsahuje, byl předán aktuální ceník služby, který je uvedený ve smlouvě o pobytu. Služba je podmíněna podepsáním smlouvy *o poskytování odlehčovací služby*.

**V souladu s ustanovením zák. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů souvisejících s poskytováním sociální služby až do doby skartace.**

.....  
Za Duhu o.p.s.

.....  
Podpis zájemce/zájemkyně

## DOPORUČENÉ VYBAVENÍ K POBYTU V DUZE o. p. s.

ředitelka: Ing. Štěpánka Holmanová tel. č. 495 491 180, 736 601 096  
odlehčovací služba: tel.č.: 739 322 137

### Imobilní klienti:

**Potřeby pro inkontinentní klienty:** (pleny, vložky, plenkové kalhotky), podložky na lůžko o velikosti 60x90, Menalind pěna, Menalind krém/Rybilka. Vlhčené ubrousky.

**Hygienické pomůcky:** tekuté mýdlo, šampon, toaletní papír, papírové kapesníky, zubní kartáček a pastu, popř. tablety k vyčištění zubní protézy, kelímek na protézu. Tělové mléko, hřeben. Muži holicí strojek, případně pěnu na holení, žiletky. Vodu po holení. Ručníky, žínky, noční košile (delší trika) - alespoň 5ks. Ponožky.

### Chodící klienti:

**Oblečení:** dle sezony - trika, svetry, kamaše, tepláky, ponožky, noční košile/pyžama. Od každého více ks na výměnu.

**Hygienické pomůcky:** tekuté mýdlo, šampon, toaletní papír, papírové kapesníky, zubní kartáček a pastu, popř. tablety k vyčištění zubní protézy, kelímek na protézu, hřeben, ručníky, žínky, tělové mléko

Muži holicí strojek, případně pěnu na holení, žiletky. Vodu po holení.

### Pevná obuv - NE PANTOFLE.

Pokud používá pomůcky při inkontinenci, viz. Imobilní klient

Rehabilitační pomůcky: hole, chodítka, popř. vozík.

Všechny osobní věci prosíme podepsané na skrytém místě, včetně hygienických potřeb.

