

<i>DOTAZNÍK SOBĚSTAČNOSTI</i>	
1. INFORMACE O ŽADATELI	
Jméno a příjmení	
Rodné příjmení	Datum narození:
Rodné číslo	
Bydliště	PSČ

POHYBLIVOST*	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý
	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý s pomocí chodítka
	<input type="checkbox"/> schopná/ý chůze s částečnou pomocí další osoby
	<input type="checkbox"/> chůze schopná/ý pouze s pomocí další osoby nebo chodítka
	<input type="checkbox"/> chůze schopná/ý s pomocí dvou osob
	<input type="checkbox"/> částečně ležící
	<input type="checkbox"/> plně ležící
JÍDLO A PITÍ*	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý
	<input type="checkbox"/> Strava musí být servírovaná, ale pití samostatně
	<input type="checkbox"/> Strava musí být servírovaná a během jídla je nutný dohled
	<input type="checkbox"/> Strava musí být donesena do pokoje a během jídla je nutný dohled
	<input type="checkbox"/> částečná výživa
	<input type="checkbox"/> plnohodnotná výživa
ÚKLID POKOJE*	<input type="checkbox"/> umělá výživa
	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý
	<input type="checkbox"/> vyžadovaná částečná pomoc
	<input type="checkbox"/> nutná občasná pomoc
	<input type="checkbox"/> nutný úklid 1x za týden
	<input type="checkbox"/> nutný úklid 2-3x týdně
	<input type="checkbox"/> nutný denní úklid
<input type="checkbox"/> nutný kompletní úklid	
VYLUČOVÁNÍ*	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý
	<input type="checkbox"/> občasný doprovod na toaletu nebo připomenutí
	<input type="checkbox"/> stálý doprovod na toaletu
	<input type="checkbox"/> nutná pomoc další osoby (pleny, toaleta)
	<input type="checkbox"/> částečná inkontinence
	<input type="checkbox"/> únik moči
<input type="checkbox"/> únik moči a stolice	

*)Odpovídající prosím zaškrtněte.

PÉČE O TĚLO*	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý
	<input type="checkbox"/> samostatně, nutné pobídnutí
	<input type="checkbox"/> týdenní pomoc při koupání či sprchování
	<input type="checkbox"/> lehká pomoc při denních úkonech hygieny
	<input type="checkbox"/> je potřeba denní podnět/návod a pomoc při hygieně
	<input type="checkbox"/> intenzivní pomoc při péči o tělo, krom rukou a obličeje
	<input type="checkbox"/> je nezbytné péči o tělo převzít
OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ*	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý
	<input type="checkbox"/> samostatná/ý, ale je nutné dávat rady a návody
	<input type="checkbox"/> samostatná/ý, ale je nutné převzít péči o prádlo
	<input type="checkbox"/> občas je nutné navádět k dosažení cíle
	<input type="checkbox"/> stálé pokyny až do tří činností
	<input type="checkbox"/> stálé pokyny pro více jak tři činnosti
	<input type="checkbox"/> možné pouze s pomoci
LAGERUNG*	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý
	<input type="checkbox"/> použití odpovídajících pomůcek při ukládání
	<input type="checkbox"/> občasná osobní pomoc při ukládání
	<input type="checkbox"/> občasná osobní pomoc při ukládání, spánku a v klidu
	<input type="checkbox"/> nutná pomoc při ukládání, spánku a v klidu
	<input type="checkbox"/> Polohování ve spánku a v klidu (v předepsaných časech)
	<input type="checkbox"/> Pravidelné polohování
SPECIÁLNÍ PÉČE*	<input type="checkbox"/> není nutná
	<input type="checkbox"/> při navedení je klient schopný se sám postarat
	<input type="checkbox"/> klient je schopný se o sebe sám starat, nutná pouze občasná kontrola
	<input type="checkbox"/> denní kontrola při lehčích denních úkonech (masti, ...)
	<input type="checkbox"/> denní pomoc při lehčích denních úkonech (masti, ...)
	<input type="checkbox"/> komplexní péče
	<input type="checkbox"/> intenzivní péče
PŘÍJEM LÉKŮ*	<input type="checkbox"/> plně samostatná/ý
	<input type="checkbox"/> nutné obstarání léků, jinak plně samostatný
	<input type="checkbox"/> obstarání a příprava léků nutná
	<input type="checkbox"/> obstarání, příprava, rozdělení a dávkování léků nutné
	<input type="checkbox"/> nutný dozor při příjmu léků
	<input type="checkbox"/> ztížený příjem léků
	<input type="checkbox"/> časově náročný ztížený příjem léků (mělnění léků)

ORIENTACE*	<input type="checkbox"/> plně orientovaná/ý
	<input type="checkbox"/> v cizím prostředí částečně dezorientovaná/ý
	<input type="checkbox"/> nepřetržitě dezorientovaná/ý
	<input type="checkbox"/> dezorientovaná/ý v noci
	<input type="checkbox"/> kolísá mezi lehkou a těžší dezorientací
	<input type="checkbox"/> nepřetržitě těžce dezorientovaná/ý
	<input type="checkbox"/> těžce dezorientovaná/ý s nepříznivým vlivem na okolí

KOMUNIKACE A SOCIÁLNÍ CHOVÁNÍ*	<input type="checkbox"/> samostatná/ýsestavení denního režimu, aktivní chování, žádná omezení
	<input type="checkbox"/> samostatná/ýsestavení denního režimu, komunikuje pouze, když je osloven
	<input type="checkbox"/> pasivní, nechává se přesvědčovat k aktivitám
	<input type="checkbox"/> výrazný pokles jedné nebo více smyslových funkcí
	<input type="checkbox"/> výpadek více smyslových funkcí
	<input type="checkbox"/> uzavřená/ý, nechce se podílet na životě v domově
	<input type="checkbox"/> Omezené komunikační a vyjadřovací schopnosti a schopnost vnímat realitu
PSYCHICKÁ SITUACE*	<input type="checkbox"/> vyrovnaná/ý
	<input type="checkbox"/> vyrovnaná/ý po příjmu léků
	<input type="checkbox"/> mírné a krátkodobé výkyvy nálad
	<input type="checkbox"/> dlouhodobé a významné změny nálady
	<input type="checkbox"/> opakující se dlouhodobé změny v závislosti na chování
	<input type="checkbox"/> psychické onemocnění s nebezpečím orhzení dalších - potřebný dohled
	<input type="checkbox"/> stálý dohled a denní intenzivní péče nutná

V:.....Datum:.....

Podpis: