Jméno, příjmení a titul klienta

Datum narození Rodinný stav

Státní příslušnost Zdravotní pojišťovna

Bydliště klienta (Ulice, č.p., PSČ, Město)

E-mail na klienta Telefonní číslo na klienta (bez mezer)

Důvod žádosti k přijetí klienta

**Odkud klient přichází (typ a místo)**[ ]  domov [ ]  nemocnice [ ]  LDN [ ]  sociální zařízení

**Druh sociální služby o kterou má klient zájem** [ ]  Odlehčovací služba [ ]  Denní stacionář

Příspěvek na péči, který klient pobírá

[ ]  Nepobírá [ ]  I. stupně [ ]  II. stupně [ ]  III. stupně [ ]  IV. stupně

Datum požadovaného přijetí Datum předpokládaného ukončení pobytu

Jméno, příjmení a titul kontaktní osoby Vztah ke klientovi

Bydliště kontaktní osoby

E-mail na kontaktní osobu Tel. číslo na kontaktní osobu (bez mezer)

Jméno, příjmení a titul praktického lékaře klienta

E-mail na praktického lékaře Tel. číslo na praktického lékaře (bez mezer)

Adresa praktického lékaře

Pokud je klient v péči jiných odborných lékařů, prosíme o uvedení jakých

Dieta

[ ]  Ano [ ]  Ne

Pokud ano, jaká

Pomůcka klienta

[ ]  Hůl [ ]  Berle [ ]  Chodítko [ ]  Vozík

Míra soběstačnosti chůze klienta

[ ]  Samostatná [ ]  S pomocí druhé osoby [ ]  S pomůckou [ ]  Trvale upoután/a na lůžku

Míra soběstačnosti oblékání klienta

[ ]  Samostatně [ ]  S pomocí [ ]  Nezvládá

Míra soběstačnosti příjmu stravy klienta

[ ]  Samostatně [ ]  S pomocí [ ]  Nezvládá

Míra soběstačnosti osobní hygieny klienta

[ ]  Samostatně [ ]  S pomocí [ ]  Nezvládá

Míra soběstačnosti klienta na toaletě

[ ]  Samostatně [ ]  S pomocí [ ]  Nezvládá

Sprchování klienta

[ ]  Ve stoje [ ]  V sedě [ ]  Na lůžku

Inkontinenční pomůcky

[ ]  Trvale [ ]  Občas [ ]  Nepoužívá

Sluch klienta

[ ]  Normální [ ]  Nedoslýchá [ ]  Neslyší

Zrak klienta

[ ]  Normální [ ]  Zhoršené vidění [ ]  Nevidomý/á

Orientace klienta v přirozeném prostředí

[ ]  Plně se orientuje [ ]  S dopomocí [ ]  Neorientuje se

Orientace klienta v čase

[ ]  Plně se orientuje [ ]  S dopomocí [ ]  Neorientuje se

Spánek klienta

[ ]  Klidný [ ]  Narušený

Dominantní ruka

[ ]  Pravák [ ]  Levák

**Je klient kuřák**[ ]  Ne [ ]  Ano

Běžné denní aktivity klienta

Poznámky o životě klienta / životopis

Očekávání, potřeby a cíle pobytu v Domě u Agáty

Poznámka k žádosti

V (město) Dne (datum vyplnění žádosti)

Jméno a příjmení zástupce klienta v žádosti o přijetí

E-mail zástupce klienta v žádosti o přijetí

Podpis klienta

**Spirála pomoci o.p.s.**
Antonína Kaliny 1351
280 02 Kolín

socialni.ko@spirala-pomoci.cz
+420 773 600 496