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](mailto:socialni.ko@spirala-pomoci.cz)  
+420 773 600 496