

## Osobní dotazník

### 1. Právní statut uživatele

Je uživatelova způsobilost k právním úkonům omezena

- a) plně
- b) částečně
- c) není omezena

Pokud způsobilost není vůbec omezena, jaké jsou skutečné schopnosti uživatele porozumět běžným právním úkonům (včetně smlouvy o poskytování sociální služby)

- a) je schopen činit je zcela samostatně a spolehlivě
- b) vyžaduje podporu personálu při vysvětlení, zjednodušení
- c) není schopen porozumět ani velmi zjednodušenému vysvětlení

Vyřizování úředních záležitostí:

- a) všechny úřední záležitosti si zabezpečím sám/a s pomocí rodiny
- b) přeji si, aby mi s úředními záležitostmi pomáhala sociální pracovnice nebo klíčový pracovník

Přeji si následující doklady nechat

- a) u sociální pracovnice
- b) u sebe
  - občanský průkaz
  - cestovní pas
  - kartičku zdravotní pojišťovny
  - očkovací průkaz
  - legitimaci ZTP, ZTP/P, ZP
  - rodný list

S finančními prostředky jsem schopen hospodařit

- a) sám – důchod chodí na můj účet, ev. složenkou na mé jméno a já sám dokážu zajistit úhradu ceny za poskytování služby a jsem schopen hospodařit s finančními prostředky v neomezené výši.
- b) s dopomocí – je potřeba mi dopomoci se správou finančních prostředků (např. prostřednictvím poskytovatele služby, celou správu bude zabezpečovat opatrovník – pravidla budou stanovena ve Smlouvě o poskytování služby) ve smyslu příjmu důchodu a platby služeb, léků atd. Sám dokážu a mohu hospodařit s částkou do .....(prosím doplňte) Kč.

- c) nejsem schopen – je potřeba mi dopomoci se správou finančních prostředků (např. prostřednictvím poskytovatele služby, celou správu bude zabezpečovat opatrovník – pravidla budou stanovena ve Smlouvě o poskytování služby) ve smyslu příjmu důchodu a platby služeb, léků atd. Sám nedokážu hospodařit s finančními prostředky (při hospodaření s jakýmkoli finančním prostředkem potřebuji dopomoc jiné osoby)

## 2. Žádost do zařízení jste podal

- a) z rodiny
- b) z jiného pobytového zařízení sociálních služeb
- c) z psychiatrické léčebny
- d) z nemocnice
- e) z dětského domova
- f) z diagnostického centra
- g) z ulice
- h) neznámo

## 3. Důvod pobytu

- a) vysoký věk rodičů/bez rodičů
- b) dysfunkční rodina
- c) kombinované postižení
- d) nařízená ústavní výchova z důvodu dysfunkční rodiny
- e) nařízená ústavní výchova z důvodu chování uživatele
- f) rodina nemá zájem o uživatele pečovat
- g) rodina není schopna o uživatele pečovat
- h) jiné

## 4. Má uživatel nějaké sourozence využívající stejnou sociální službu /stejně zařízení sociálních služeb

- a) ano            kde
- b) ne
- c) údaj neznámý

## 5. Má uživatel partnera/-ku ve stejném zařízení

- a) ano
- b) ne
- c) údaj neznámý

## 6. Pracovní dovednosti

Dosavadní pracovní uplatnění (chráněná či terapeutická dílna, podporované zaměstnání, běžná práce)

.....

.....

.....

## 7. Způsob stravování:

- a) budu se stravovat v jídelně s ostatními uživateli
- b) budu se stravovat v jídelně s ostatními uživateli, ale potřebuji pomoc personálu při úpravě stravy (mazání pečiva, krájení masa)
- c) potřebuji donášet nápoj na pokoj personálem, pití zvládnou sám/sama
- d) nezvládám se najíst sám/sama, potřebuji pomoc při jídle na pokoji
- e) nezvládám se najíst sám, potřebuji, aby mi personál v jídelně pomohl s podáváním stravy

## 8. Způsob přijímání tekutin:

- a) jsem zcela soběstačný/á, budu si nápoje donášet a pít sám/sama
- b) potřebuji pomoc při pití nápojů

## 9. Zdravotní péče:

- a) přeji si být registrován u lékaře zařízení
- b) nepřeji si, aby byl kdokoliv informován, včetně rodiny, o změnách mého zdravotního stavu
- c) přeji si, aby v případě změny mého zdravotního stavu byl/a informován/a (jméno, telefon) .....

## 10. Užívání léků:

- a) nepotřebuji žádnou pomoc ani kontrolu personálu při užívání léků. Přeji si mít všechny léky u sebe, včetně inzulínu
- b) nepotřebuji žádnou pomoc ani kontrolu personálu při užívání léků, kromě inzulínu, který mi bude aplikovat zdravotnický personál zařízení
- c) přeji si, aby kontrolu nad mým užíváním léků převzal personál a léky mi podával dle ordinace lékaře
- d) jiné přání

.....

.....

.....

**11. Problémové chování v afektu:**

- a) ve vypjatých situacích se dokážu plně kontrolovat
- b) ve vypjatých situacích se nedokážu plně kontrolovat

**12. Drobné nákupy:**

- a) přeji si, aby mi obstaral personál všechny drobné nákupy mimo zařízení
- b) přeji si, obstarávat sám/a všechny drobné nákupy mimo zařízení
- c) přeji si, obstarávat sám/a s dopomocí personálu všechny drobné nákupy mimo zařízení

**13. Sebeobsluha:**

**Potřebný rozsah asistence**

	žádná	minimální	částečná	plná
mytí obličeje a rukou				
čištění zubů				
koupání ve vaně				
sprchování				
stříhání nehtů				
česání				
oblékání				

**14. Samostatný pohyb a rizikové oblasti:**

(u otázky -jízda na kole, prosím zakroužkujte za **a**) nebo za **b**.)

	samostatně	pouze s asistentem
pohyb v domě v rámci budovy		
pohyb po zahradě		
pohyb v obci (obchod, pošta)		
pohyb v okolí obce (vycházky)		
pohyb v širším okolí (okolní vesnice)		
cestování veřejnou dopravou		
jízda na kole	Jsem schopen	Nejsem schopen

**15. Péče o domácnost:** (křížkem označit odpovídající variantu popř. doplnit další domácí práce, které děláte a u sloupečku ráda/nerada vyberte variantu za a) nebo za b)

	samostatně	s dopomocí	nezvládám	a) ráda b) nerada
Zametání, vytírání				
Luxování Praní, prádla				
stlaní postele				
Vaření				
mytí nádobí				
utírání nádobí				

## 16. Praní prádla :

- a) přeji si používat kromě osobního prádla, šatstva, ručníků, žinek a utěrek také vlastní ložní prádlo
- b) četnost praní prádla nechám na uvážení personálu
- c) četnost praní prádla si budu určovat sám/a

## 17. Zájem o kulturní a společenské akce

- a) mám zájem se zúčastňovat výletů po okolí
- b) mám zájem o hudební, taneční a sportovní programy
- c) nemám zájem

## 18. Fotografování a pořizování videozáznamů

- a) souhlasím s mým fotografováním a pořizování video záznamů určených pro prezentaci našeho zařízení
- b) nesouhlasím s mým fotografováním a pořizování video záznamů pro prezentaci našeho zařízení

## 19. Popis cíle spolupráce

Stručný popis dlouhodobého cíle, který má být naplňován v rámci poskytování sociální služby Domova pro osoby se zdravotním postižením.

.....

.....

.....

.....

**Osoba/y, které sociální šetření provedla/y:**.....

.....

Další zúčastněné osoby:.....

Se Záznamem ze sociálního šetření souhlasím – podpis zájemce o službu:

.....

Údaje uvedené v tomto záznamu považuje Koniklec Suchomasty, poskytovatel sociálních služeb za důvěrné. Budou použity pro účely posouzení vhodnosti pobytu v domově pro osoby se zdravotním postižením nebo chráněném bydlení a nebudou poskytovány dalším osobám.