**ŽÁDOST O ODLEHČOVACÍ TERÉNNÍ SLUŽBY**

KLIENT / ŽADATEL

**Jméno a příjmení, příp. titul:** **Zdravotní pojišťovna:**

**Datum narození:** **Rodné číslo:**

**Adresa trvalého bydliště:**

**Adresa aktuálního bydliště (místo, kde bude služba poskytována):**

**Příspěvek na péči:**

ANO stupeň: NE

**Žadatel je omezen na způsobilosti k právním úkonům:**  ANO – NE

V případě kladné odpovědi doložte neověřenou kopii rozsudku nebo usnesení.

**Rozsah péče:**

**Pondělí**

**od: do:**

**Úterý**

**od: do:**

**Středa**

**od: do:**

**Čtvrtek**

**od: do:**

**Pátek**

**od: do:**

**Důvod žádosti o poskytnutí odlehčovací služby (Vaše hlavní očekávání):**

KONTAKTNÍ OSOBY

**Jméno a příjmení hlavní osoby:**

Datum narození:

**Adresa trvalého bydliště:**

**Telefon:** Email:

Vztah k žadateli:

**Jméno a příjmení další osoby:**

Datum narození:

**Adresa trvalého bydliště:**

**Telefon:** Email:

Vztah k žadateli:

ČINNOSTI DENNÍHO ŽIVOTA / SEBEOBSLUHA (POSOUZENÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Konzumace jídla** | samostatně | s pomocí | nutno podávat |
| **Konzumace nápojů** | samostatně | s pomocí | nutno podávat |
| **Oblékání** | samostatně | s pomocí | nutno obléci |
| **Umytí, osobní hygiena** | samostatně | s pomocí | nutno umýt |
| **Péče o dutinu ústní, protézu** | samostatně | s pomocí | nutno vyčistit |
| **Péče o zevnějšek** | samostatně | s pomocí | nutno upravit |
| **Chůze po rovině** | samostatně | s pomocí | neschopen |
| **Chůze do – ze schodů** | samostatně | s pomocí | neschopen |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hygienické pomůcky při inkontinenci** | **Kompenzační pomůcky v domácnosti** |
| □ nepoužívá | □ nepoužívá |
| □ kalhotky: | □ chodítko |
| □ vložky: | □ invalidní vozík |
| □ podložky: | □ antidekubitní matrace |
|  | □ WC židle |
|  | □ jiné: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORIENTACE** | | | |
| **V osobách** | ano | částečně | ne |
| **V prostředí** | ano | částečně | ne |
| **V čase** | ano | částečně | ne |
| **V situaci** | ano | částečně | ne |

ZÁVĚREČNÉ INFORMACE PRO ŽADATELE O ODLEHČOVACÍ TERÉNNÍ SLUŽBY

Další informace o zvyklostech žadatele budou předány koordinátorce terénní odlehčovací služby při úvodní návštěvě v domácnosti žadatele.

Podpisu smlouvy musí být přítomna alespoň jedna osoba pečující o žadatele/klienta.

**Žádost byla vyplněna dne:**

**Jméno a příjmení odesílatele žádosti:**

**Telefon:** Email:

Vztah k žadateli:

**Prosíme, vyplněný formulář odešlete na adresu teren**[**@cestadomu.cz**](mailto:ambulance@cestadomu.cz)**.**

Do těla e-mailu uveďte následující: „Žádost je odesílána se souhlasem klienta / opatrovníka pro zajištění návaznosti sociálních služeb. Prosíme, do 3 dnů vymazat.”