

VSTUPNÍ DOTAZNÍK

(Cílem tohoto dotazníku je zjištění informací, potřebných pro nastavení sociální služby, tak aby služba respektovala v co největší míře potřeby, zvyklosti, přání a byla s nimi v souladu)

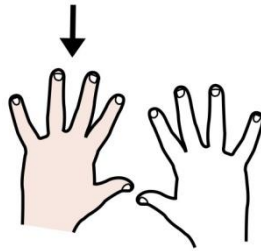
Paní / pán.....Rok narození.....

Současný pobyt.....

Oslovení.....

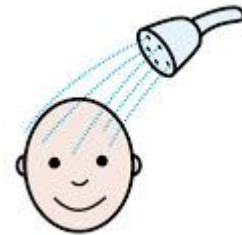
Tělesná péče

levák pravák



Je pro něj / ni péče o své tělo důležitá?

ANO NE



Kde hygiena ranní a večerní probíhá? V KOUPELNĚ NA LŮŽKU

Jaké úkony hygieny zvládá?

Potřebuje pomoc při mytí? ANO NE

Rituály při mytí?.....

Jaké používá toaletní potřeby?.....



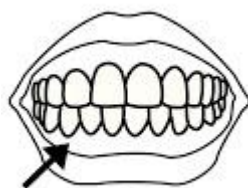
Péče o zuby, na co brát ohled?.....



Vlastní kartáček a pasta? ANO NE



Zubní protéza? ANO NE



Specifikujte: plná protéza / částečná protéza / horní čelist / dolní čelist

Spí s protézou? ANO NE

Nějaké zvyklosti ohledně zubní protézy?.....

Manikúra, jak často?.....



Pedikúra? ANO NE (jak často?).....

Kadeřnické/holičské služby? ANO NE

Jak často?

Oblíbený střih, barva, používá čelenku aj.

Tyto služby zajistí?

Domov Slaný

rodina

Tělesný kontakt



Je zvyklý na tělesný kontakt? ANO NE doplňte.....

Na kterém místě nemá rád dotek?.....

Spánek



V kolik hodin ráno vstává?

Jak spí? chodí časně spát chodí pozdě spát v noci se budí

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné?.....

Kde odpočívá? křeslo pohovka lůžko



Večerní zvyklosti před ukládáním ke spánku?

.....

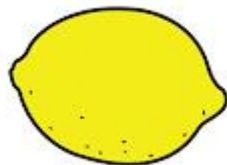
Jídlo a pití

Dieta, jaká?

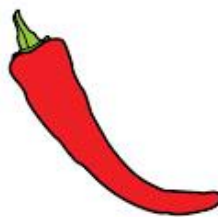
Upřednostňuje chutě: sladké kyselé ostré slané



Teplota jídla?



teplé



vlažné



studené

Forma:

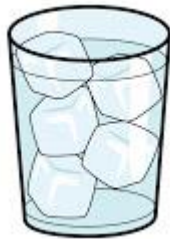
normální

krájená

mletá



Oblíbený nápoj?



Příjem tekutin:

samostatně

s pomocí

nezvládá

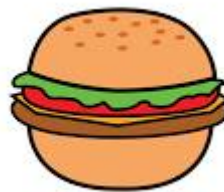
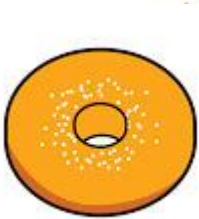
ze skleničky

z hrnku

z lahve s pítkem

Je nutné hlídat denní příjem tekutin? ANO NE

Oblíbený pokrm?.....



Příjem stravy:

samostatně

s pomocí

nezvládá



Jídlo, které nejí.....

Jí samostatně: příborem vidličkou lžící rukou

Jiné zvyklosti při jídle.....

Potíže při polykání? ANO NE upřesněte.....

Vyprazdňování

Používá běžné WC	samostatně/s pomocí
Toaletní křeslo	samostatně/s pomocí
Podložní mísu	samostatně/s pomocí



Při inkontinenci užívá: ink.vložky plenk.kalhotky perm.katetr

Kdy tyto pomůcky používá? přes den v noci stále

Výměnu inko pomůcek zvládá? sám s dohledem nezvládá

Stolice: bez problémů zácpa průjem



Rituály při vyprazdňování.....

Co pomáhá při vyprazdňování.....

Sluch



Sluch postižen: ANO NE vpravo vlevo

Specifikujte postižení.....

Sluchadlo: ANO NE obě uši pravé ucho levé ucho



Přinesené předměty.....

Zrak



Porucha zraku: ANO NE vpravo vlevo

Specifikujte.....

Brýle: ANO NE



Medikace: oční kapky oční masti jiné.....

Přinesené předměty.....

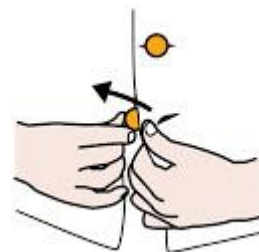
Regulace tělesné teploty

Trpí na: pocení je mu často zima nic zvláštního



Jiné, upřesněte.....

Oblékání



Je v oblékání soběstačný?

ANO NE

Které části oděvu si oblékne sám?.....

.....

Oblíbený oděv?

Pohyb, tělesná aktivita



Během dne klient: chodí – pouze po místnosti po bytě venku
sedí – v křesle invalidním vozíku na lůžku
leží – měnní polohy sám potřebuje pomoc

Upřesněte postižení: poruchy rovnováhy / ochrnutí / poruchy citlivosti / křeče
zvýšené napětí / stahy sval.vlákna / jiné.....

Kompenzační pomůcky.....



Specifické pohybové aktivity, návyky.....



Způsob života

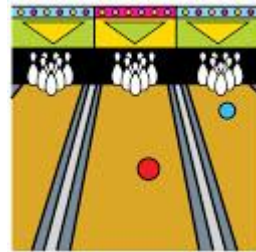
Vyjádření vlastních přání a postojů: ANO NE

Kontakt s rodinou: ANO jaký: osobní telefonický písemný
NE



Povolání.....

Koníčky, zájmy.....



TV pořady.....

Hudba.....

Komunikuje rád s okolím?

ANO

NE

Raději tráví volný čas:

v kolektivu

o samotě



Jak nejméně tráví volný čas?.....



Má rád tyto zvířata pes, kočka , ptactvo? ANO NE

Specifikujte.....

Kuřák? ANO NE



Specifikujte.....

Zájem o setkávání s farářem.....



Jak snáší bolesti?.....



Jak zvládá zátěžové situace?.....

Je orientován místem? ANO NE

Je orientován časem? ANO NE

Je orientován osobou? ANO NE

