



DOMOV PRO SENIORY BAŽANTNICE, p. o.,
třída Bří Čapků 3273/1, 695 01 Hodonín
tel: 518 321 834, www.ds-hodonin.cz,
email: socialni@ds-hodonin.cz

Popis současných schopností a dovedností v péči o svou osobu

Mobilita (chůze a pohyb):

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> vstávání a usedání bez pomoci jiné osoby | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> vydržet stát bez opory | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> zvládnání chůze bez opory | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> zvládnání chůze s oporou
(hůl, berle, chodítko) | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> pohyb za pomoci invalidního vozíku | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> chůze po nerovném terénu | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> chůze po schodech | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> samostatné používání dopravních prostředků
(autobus, vlak apod.) | ANO – NE |

Orientace:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Poznávat a rozeznávat zrakem | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> Poznávat a rozeznávat sluchem | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> rozpoznání hodin | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> rozpoznání dnů a měsíců | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> orientace ve známém prostředí | ANO – NE |

Komunikace:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> mluvit srozumitelnou řečí | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> psát | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> porozumět psanému textu | ANO – NE |

Stravování:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> připravit si teplé jídlo | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> nachystat si již hotové a přivezené jídlo
ke konzumaci | ANO - NE |
| <input type="checkbox"/> připravit si jednoduché jídlo
(např. ukrojit pečivo, namazat pečivo apod.) | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> nakrájet si stravu | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> najíst se sám/sama bez pomoci jiné osoby | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> dodržování stanovené diety | ANO – NE |

Oblékání a obouvání

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> zvládnout oblékání a svlékání
bez pomoci jiné osoby | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> zvládnout obouvání a zouvání
bez pomoci jiné osoby | ANO – NE |

Tělesná hygiena:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> schopnost dodržování a provádění každodenní běžné osobní
hygieny bez pomoci jiné osoby | ANO - NE |
| <input type="checkbox"/> celková koupel ve vaně nebo ve sprše | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> čištění zubů | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> stříhání nehtů | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> česání | ANO – NE |

Výkon fyziologické potřeby:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> používání WC a očisty bez pomoci jiné osoby | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> používání inkontinenčních pomůcek
(pleny, plenkové kalhotky, inko. vložky) | ANO – NE |

Péče o zdraví:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> dodržování léčebního režimu, bez pomoci jiné osoby
(např. dodržování dietního opatření, pravidelné užívání léků apod.) | ANO – NE |
|--|----------|

Péče o domácnost:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> samostatné hospodaření s penězi | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> samostatné nakupování | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> používání domácích elektrických spotřebičů | ANO – NE |
| <input type="checkbox"/> vykonávání běžných domácích prací a udržování pořádku | ANO – NE |

- Popište jakou konkrétní pomoc a podporu potřebujete při své sebeobsluze a běžných denních činnostech:

- Kdo doposud zjišťoval potřebnou pomoc a péči:

- Využívání jiné sociální služby (např. pečovatelská služba, asistenční apod.):

V dne.....

.....
podpis žadatele/ky nebo
zákonného zástupce