Dotazník tělesných, smyslových schopností a denních činností žadatele

Jméno a příjmení hodnoceného	

Orientace *Vámi vybranou kolonku u každé oblasti zakroužkujte			
Místem	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace
Časem	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace
Osobou	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace
Situací	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace

Mobilita horních končetin			
Plná funkce obou horních končetin	Omezená funkce obou horních končetin	Omezená funkce levé horní končetiny	Omezená funkce pravé horní končetiny
Mobilita dolních končetin			
Plná funkce obou dolních končetin	Omezená funkce obou dolních končetin	Omezená funkce levé dolní končetiny	Omezená funkce pravé dolní končetiny
Zrak			
Bez potíží	Brýle na čtení	Brýle na dálku	Zhoršené vidění až nevidomost
Sluch			
Bez potíží	Zhoršený sluch	Použití naslouchadla	Neslyšící
Stav pokožky			
Bez potíží	Vysušená	Kožní defekty (bércové vředy, dekubity)	Kožní onemocnění
Spánek			
Klidný	Přerušované spaní	Během dne	Užívání léků na spaní
Oblékání, svlékání			
Samostatně	Dohled	Částečná dopomoc	Plná pomoc
Osobní hygiena			
Samostatně	Dohled	Částečná dopomoc	Plná pomoc
Příjem stravy a tekutin			
Samostatně	Dohled	Částečná dopomoc	Plná pomoc
Inkontinence			
Kontinence	Močová inkontinence	Celková inkontinence	Močový katetr
Dutina ústní			
Pevný chrup	Bez chrupu a protéz	Horní protéza	Dolní protéza
Hodnocení provedl			
Dotazovaný sám ANO/NE, pokud **NE** napište kdo		(př. rodinný příslušník, někdo jiný):	
Datum hodnocení			

Monitoring denních činností žadatele

V kolik hodin ráno vstáváte a večer chodíte spát?			
Ráno:		Večer:	
Jaké máte ranní rituály?			
Docházíte na WC? *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
samostatně	Toaletní křeslo	Močová lahev (muži)	Inkontinenční pomůcky
Ranní, večerní hygiena *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
samostatně	dohled	s pomocí	úplná pomoc
Jaké preferujete oblečení?			
Koupání *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
samostatně	dohled	s pomocí	úplná pomoc
Jakou tělovou kosmetiku (mýdlo, sprchový gel, šampon, krémy aj.) preferujete?			
Jaké jídlo a pití máte a nemáte rád?			
Rád:		Nerad:	
Jakou formu stravy máte? *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
celá	krájená	mletá	mixovaná
Jak spíte, chodíte v noci na WC a jak často?			
Vaše zájmy, záliby, koníčky, které vykonáváte v průběhu běžného dne			
Z čeho máte radost a naopak co Vám způsobuje smutek			
Radost:		Smutek:	
Co očekáváte od personálu domova pro seniory			

Zpracoval (př. rodinný příslušník, někdo jiný- konkrétně):	