

Příloha žádosti do Domovů sociálních služeb Litvínov.

Dotazník tělesných a smyslových schopností žadatele

Jméno a příjmení hodnoceného:

Vámi vybranou kolonku zaškrtněte nebo zakroužkujte

Prostorová orientace

plná orientace	orientace ve známém prostředí	částečná orientace	částečná dezorientace	úplná dezorientace
----------------	-------------------------------	--------------------	-----------------------	--------------------

Mobilita horní části těla

Plná funkce obou horních končetin	omezená funkce obou horních končetin	zcela nefunkční obě horní končetiny	plná funkce 1. HK, 2. HK část. nefunkční	plná funkce 1. HK, 2. HK zcela nefunkční
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--	--

Mobilita dolní části těla

Plná funkce obou dolních končetin	omezená funkce obou dolních končetin	zcela nefunkční obě dolní končetiny	plná funkce 1. DK, 2. DK část. nefunkční	plná funkce 1. DK, 2. DK zcela nefunkční
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--	--

Zrak

bez potíží	brýle na čtení	brýle na dálku	zhoršené vidění	nevidomost
------------	----------------	----------------	-----------------	------------

Sluch

bez potíží	zhoršený sluch	používání naslouchadla	neslyšící	
------------	----------------	------------------------	-----------	--

Stav pokožky

bez potíží	vysušená	pergamenová	neprokrvující se	bércové vředy	dekubity
------------	----------	-------------	------------------	---------------	----------

Spánek

klidný	přerušovaný	brzké vstávání	těžké usínání	během dne	používání léků na spaní
--------	-------------	----------------	---------------	-----------	-------------------------

Oblékání

úplná samostatnost	používání pomůcek	dohled	minimální asistence	částečná asistence	převážná asistence	úplná asistence
--------------------	-------------------	--------	---------------------	--------------------	--------------------	-----------------

osobní hygiena

úplná samostatnost	používání pomůcek	dohled	minimální asistence	částečná asistence	převážná asistence	úplná asistence
--------------------	-------------------	--------	---------------------	--------------------	--------------------	-----------------

Jídlo/tekutiny

úplná samostatnost	používání pomůcek	dohled	minimální asistence	částečná asistence	převážná asistence	úplná asistence
--------------------	-------------------	--------	---------------------	--------------------	--------------------	-----------------

Vyprazdňování

kontinence	vyprazdňování s asistencí	částečná močová inkontinence	celková inkontinence	permanentní močový katetr
------------	---------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

Dutina ústní

chrup pevný, úplný	chrup pevný, neúplný	chrup pevný se zubní náhradou	protéza úplná	protéza horní	protéza dolní	bez chrupu
--------------------	----------------------	-------------------------------	---------------	---------------	---------------	------------

Jméno a příjmení

Hodnocení provedl:	
Dotazovaný sám: ANO/NE	
S někým jiným (uvedte s kým, např. rodinný příslušník):	

Datum hodnocení: _____