



**BANSKOBYSTRICKÝ  
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ**



**ZARIADENIE  
SOCIÁLNYCH SLUŽIEB  
HRIŇOVČAN**

## Vstupný dotazník prijímateľa sociálnej služby

Meno a priezvisko:.....

Pri akom oslovení sa cíti/-te príjemne:.....

Dátum narodenia: .....

Trvalé bydlisko:.....

Vzdelanie:.....

Posledné zamestnanie:.....

Rodinný stav:.....

S kým prichádza/-te do zariadenia:.....

Dôvod poskytovania sociálnej služby v zariadení:.....

.....

### Rodina / sociálna sieť podpory prijímateľa

Rodičia, manžel/ka, súrodenci (ktorí žijú).....

.....

Deti:.....

.....

Vnúčatá:.....

.....

Ostatní príbuzní:.....

.....

Priatelia a známi:.....

.....

Popis prostredia z ktorého prichádza/-te:.....

.....

Ako bude/-te udržiavať kontakt s rodinou a priateľmi?

osobné návštevy       telefonicky (telef. číslo prijímateľa) .....

písomne       elektronicky (e-mail, Skype).....

iné:.....

## Potreby a záujmy prijímateľa

Záujmy, záľuby, aktivity a činnosti počas dňa (priblíženie domáceho prostredia prijímateľa):

- väčšinu času trávi/-m pasívne polievam, posedávam
- rád/-a sa prechádza/-m
- číta/-m noviny, časopisy, knihy (uved'te aké).....
- pozerá/-m TV (uved'te obľúbené programy).....
- počúva/-m rádio, hudbu.....
- lúšti/-m krížovky.....
- obľúbené ručné práce:.....
- iné:.....

Má/-m rád/-a spoločnosť alebo je/som radšej sám/-a?.....

Má/-m záujem o účasť na spoločenských aktivitách:       áno       nie

Duchovné potreby / vierovyznanie:.....

Má/-m záujem o účasť na cirkevných obradoch:       áno       nie

Každodenné potreby, zvyky, návyky, rituály (napr. káva, fajčenie, nákupy a pod.).....

.....

Ako spáva/m? Budí/-m sa v noci? Čo prispieva k dobrému spánku? (poloha, lieky a pod.)

.....

Ako prejavuje/-m bolesť? Ako na ňu reaguje/-m?.....

.....

Ako prejavuje/-m radosť?.....

.....

Čo rád/-a robí/-m, aby som/sa cítil/-a dobre? .....

.....

Dotyky, ktoré má/-m rád/-a, nemá/-m rád/-a (ako postupovať napr. v situáciách, že je/som rozčúlený a potrebuje/-m sa upokojiť a pod.):.....

.....

Osobnostné vlastnosti (aký je/som typ?).....

.....

## Sebestačnosť - možnosti prijímateľa (schopnosti a zručnosti)

Orientácia - miestom:.....  
- časom:.....  
- osobou:.....  
- situáciou:.....

Úroveň reči, komunikácia:.....

Ako vidí/-m (potrebuje/-m okuliare?):.....

Ako počuje/-m (potrebuje/-m načúvací prístroj?):.....

Pohyblivosť (mobilita):

- úplne samostatný/-á
- s pomocou pomôcky (uved'te: barla, chodítka, invalidný vozík).....
- s pomocou inej osoby.....
- iné: .....

Hrozí riziko pádu?:  áno  nie

Ak používa/-te kompenzačné pomôcky, uveďte tie, ktoré si prináša/-te do zariadenia:

- okuliare ..... ks  načúvací prístroj ..... ks
- zubná protéza.....  barla ..... ks
- chodítka .....  invalidný vozík.....
- iné:.....

Jemná motorika:.....

Je/som:  pravák  ľavák

Stravovanie:

- samostatne
- potrebuje/-m čiastočnú pomoc (akú?).....
- vyžaduje/-m kŕmenie

Strava:  bežná, racionálna  diétna (aká?) .....

Iné (napr. alergia na potraviny):.....

Potrebuje/-m krájanú stravu:  áno  nie

Potrebuje/-m mixovanú stravu:  áno  nie

Oblúbené jedlá:.....

Pitný režim:

- dokáže/-m si regulovať sám/-a
- nedokáže/-m si ho sám/-a regulovať, je potrebný dohľad, povzbudenie, pripomenutie

Oblíbené nápoje:.....

Osobná hygiena:

- samostatne
- potrebuje/-m čiastočnú pomoc (akú?).....
- potrebuje/-m celkovú pomoc
- nie je/som schopný/á používať bežné WC, iba prenosné
- iné:.....

Obliekanie/vyzliekanie, obúvanie/vyzúvanie:

- samostatne
- potrebuje/-m čiastočnú pomoc (akú?).....
- potrebuje/-m celkovú pomoc
- iné:.....

Zvládanie nákupov a hospodárenie s finančnými prostriedkami:

- samostatne
- potrebuje/-m čiastočnú pomoc (akú?).....
- potrebuje/-m celkovú pomoc
- iné:.....

Pobyt mimo zariadenie:

- samostatne
- v sprievode inej osoby
- iné:.....

### **Zdravie a každodenné potreby**

Meno a priezvisko obvodného lekára:.....

Má/-m záujem zmeniť obvodného lekára  áno  nie

Je/som očkovaný/á proti Covid-19:  áno  nie

Ak áno, koľko krát:.....

Ak áno, uveďte dátum očkovania:.....

Prekonanie Covid-19:  áno  nie

Ak áno, dátum kedy:.....

Používa/-m inkontinenčných pomôcky:  áno  nie

Ak áno, uveďte aké:.....

Ak áno, ktorý lekár špecialista ich predpisuje?.....

Ktoré odborné ambulancie navštevuje/-te?.....

Budete v prípade potreby vykonávať sprievod na lekárske vyšetrenia?  áno  nie

Iné potreby spojené so zdravím:.....

### **Sociálna rehabilitácia - želania, očakávania, vízie a ciele**

Vaše želania, očakávania, postoje k životu:.....

Ciele v oblasti podpory, aktivizácie, vzdelávania a zamestnávania:.....

Sem môžete napísať ďalšie informácie, ktoré vychádzajú z individuálnych potrieb, možností a schopností prijímateľa, ktoré považujete za dôležité, aby sme mohli prijímateľovi poskytnúť čo najväčšiu mieru podpory pre zmysluplný, nezávislý a samostatný život (napr. krátky životný príbeh)

V Hriňovej dňa.....

Meno, priezvisko a podpis osoby, ktorá dotazník vyplnila:.....