**Příloha č. 2 Smlouvy V2**

**Záznam z jednání se zájemcem o službu**

Pan/paní: ………………………………………………………………………

**Věk:**

□ 60 let a více □ méně než 60 let

**Bydliště:**

□ Ostrava

□Jiné:

**Posouzení soběstačnosti:**

|  |  |
| --- | --- |
| Najedení, napití | □samostatně □s pomocí □neprovede |
| Zajištění stravy | □samostatně □s pomocí □neprovede |
| Oblékání, svlékání | □samostatně □s pomocí □neprovede |
| Pohyb | □samostatně □s pomocí □neprovede |
| Orientace | □samostatně □s pomocí □neprovede |
| Hygiena | □samostatně □s pomocí □neprovede |

Zájemce žije s:

Kdo další pomáhá (přátelé, rodina):

**Zájemce si vybírá z níže uvedených činností:**

**Základní činnosti:**

**poskytnutí ubytování:**

□ v jednolůžkovém pokoji č. □ ve dvoulůžkovém pokoji č.

* úklid
* praní prádla
* drobné opravy prádla
* žehlení

**poskytnutí stravy:**

* zajištění stravy - snídaně, svačina dopol., oběd, svačina odpol., večeře

*specifické potřeby (alergie, dieta):*

*co mám/nemám rád/a:*

**pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro os. hygienu:**

* pomoc při úkonech osobní hygieny
* *běžná hygiena (mytí rukou, ranní hygiena):*
* *celková koupel:*
* pomoc při základní péči o vlasy a nehty
* pomoc při použití WC

*pomoc při výměně inkontinenční pomůcky (den, noc, výměna):*

**pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:**

* pomoc při oblékání a svlékání, obouvání
* pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík
* pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu
ve vnitřním i vnějším prostoru

 *kompenzační pomůcky:*

* pomoc a podpora při podávání jídla a pití *(mixování, krájení)*

- **připomenutí užití léků** *(léky při sobě/v denní místnosti)*

**vzdělávací a aktivizační činnosti:**

* rukodělné činnosti, mobilní zahrádka
* trénování paměti, rozcvička, nácvik chůze, procházky, sportovní hry, společenské hry, zpěv *(četba novin, časopisů, sledování TV, poslech rádia, čteného slova)*
* akce v zařízení

**zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:**

* pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou
* doprovázení na zájmové a volnočasové aktivity
* setkávání se s dětmi
* pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob: společné povídání, setkávání se s dětmi

**sociálně terapeutické činnosti:**

* reminiscence

**pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:**

* pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv
a oprávněných zájmů: telefonování v zájmu uživatele, pomoc při vyřizování např. příspěvků
* pomoc při vyřizování běžných záležitostí

**Sjednání rozsahu a průběhu poskytování služby -** co si zájemce přeje a jak má být při jednotlivých činnostech postupováno:

Doba a frekvence poskytování služby:

Je nutné pevně stanovit víkendy, ve kterých bude uživatel využívat služby zařízení. Nicméně využívané víkendy lze v případě volné kapacity, po dohodě s vedoucí zařízení, změnit.

Den nástupu:

Specifické potřeby, zvyklosti, komunikace:

Dohodnutý způsob úhrady za služby:

Sdělení informací o individuálním plánování (smysl, klíčový pracovník, průběh, cíl spolupráce, změny a hodnocení):
 ANO - NE

Cíl spolupráce:

Způsob oslovování:

Seznámení s dokumenty (a jejich předání):

|  |  |
| --- | --- |
| Informační materiál  | ANO - NE |
| Vzorová smlouva  | ANO - NE |
| Ceník | ANO - NE |
| Pravidla pro podávání a vyřizování stížností  | ANO - NE |
| Informace o zpracování osobních údajů  | ANO - NE |
| Orientační výpočet | ANO - NE |
| Nouzové a havarijní situace | ANO - NE |
| popř. Čestné prohlášení o chystání léků | ANO - NE |

Zájemce **rozumí** sdělovaným informacím a chápe, co znamená využívat našich služeb, a je tedy schopen samostatně jednat (dle posouzení vedoucí zařízení):

 ANO – NE

Zájemce **souhlasí** s využíváním našich služeb: ANO – NE

Zájemce má ustanoveného opatrovníka: ANO - NE

Pokud je ustanoven opatrovník, je nutné poskytnout k nahlédnutí rozhodnutí o ustanovení opatrovníka (bude učiněn výpis).

Zájemce je omezen ve svéprávnosti: ANO – NE

Pokud je zájemce omezen ve svéprávnosti, je nezbytné poskytnout k nahlédnutí rozhodnutí o omezení svéprávnosti (bude učiněn výpis).

**V den nástupu je nutné předat:**

* **Vyjádření lékaře**
* **popř. Čestné prohlášení o chystání léků**

Konkrétní popis toho, jak jednání probíhalo a jakým způsobem bylo ověřeno, že zájemce o službu rozumí sdělovaným skutečnostem a souhlasí s využíváním našich služeb, bude popsáno a přiloženo k tomuto záznamu z jednání.

Dne………………… ……………………… ……………………………….

 Mgr. Jitka Rýznarová Zájemce o službu
 Vedoucí zařízení – sociální pracovnice (popř. opatrovník)