

Ústav sociálních služeb v Praze 4, příspěvková organizace

Podolská 208/31, 147 00 Praha 4  
telefon: 241 434 160, fax 241 433 587  
e-mail: [USS4@iol.cz](mailto:USS4@iol.cz)

**Žádost o poskytování sociálních služeb v denním stacionáři**

<b>Příjmení, jméno, titul zájemce o sociální služby:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Adresa trvalého bydliště, PSČ:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Příjemce příspěvku na péči/stupeň I, II, III, IV:</b>	ANO-NE*/stupeň .....
<b>Zájemce byl zbaven způsobilosti k právním úkonům:</b>	ANO-NE*
<b>Příjmení a jména rodinných příslušníků, adresa trvalého bydliště, telefon, mail:</b>	
<b>Ošetřující praktický lékař, telefon:</b>	
<b>Pravidelně užívané léky:</b>	
<b>Zvolená kontaktní osoba, bydliště, telefon:</b>	

\*vhodné zakroužkujte

**Zájemce o sociální služby požaduje zajištění následujících úkonů základních činností denního stacionáře:**

<b>Pojmenování úkonu:</b>	<b>Čas poskytování úkonu:</b>

**Zájemce o sociální služby požaduje zajištění následujících úkonů fakultativních činností denního stacionáře:**

<b>Pojmenování úkonu:</b>	<b>Čas poskytování úkonu:</b>

## **Základní informace o uživateli:**

### **Zvládání denních činností:**

#### **Jídlo**

Samostatně, příborem, lžící, s dopomocí?

Dieta:

Užívání léků

Alergie

#### **Hygiena**

Použití WC, mytí rukou, použití inkontinentních pomůcek

Samostatně, s dopomocí?

#### **Oblékání a obouvání**

Samostatně, s dopomocí

#### **Zdravotní omezení**

zrakové, sluchové, pohybové potíže, orientace

použití kompenzačních pomůcek

**omezení např. při cvičení, procházce**

#### **Zájmy, záliby**

Dříve, nyní, na co rád vzpomíná

#### **Zvyky**

#### **Rodina**

#### **Možná rizika a jejich zvládnutí**

V Praze, dne .....

.....  
Podpis zájemce o sociální službu

Podpis vedoucí denního stacionáře: .....

Platí od 1.11.2014