



MĚSTO VYŠŠÍ BROD

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA



NÁVRH NA ZAVEDENÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY

KLIENT

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____

Adresa trvalého bydliště _____

Adresa poskytování péče _____

Kontakt (tel, e-mail) _____

Senior OZP

Omezení ve svéprávnosti: ano opatrovník _____
ne (nutno přiložit rozhodnutí soudu)

ZAVEDENÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY

Datum podání žádosti o zavedení PS: _____

Žádá o zavedení služby ode dne: _____

Žádá o poskytnutí úkonů PS v rozsahu:

Název úkonu
<input type="checkbox"/> Pomoc a podpora při podávání jídla a pití
<input type="checkbox"/> Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
<input type="checkbox"/> Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru
<input type="checkbox"/> Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík
<input type="checkbox"/> Pomoc při úkonech osobní hygieny
<input type="checkbox"/> Pomoc při základní péči o vlasy a nehty
<input type="checkbox"/> Pomoc při použití WC
<input type="checkbox"/> Zajištění stravy odpovídající věku, racionální výživě apod.
<input type="checkbox"/> Dovoz nebo donáška jídla
<input type="checkbox"/> Pomoc při přípravě jídla a pití
<input type="checkbox"/> Příprava a podání jídla a pití
<input type="checkbox"/> Běžný úklid a údržba domácnosti
<input type="checkbox"/> Pomoc při zajištění velkého úklidu (např. mytí oken, úklid společných prostor v bytovém domě)
<input type="checkbox"/> Donáška vody (v objektu, kde není tekoucí voda)
<input type="checkbox"/> Topení v kamnech, vč. donášky připraveného topiva, běžná údržba kamen
<input type="checkbox"/> Drobné pochůzky (vyzvednutí léků v lékárně, receptu apod.)
<input type="checkbox"/> Běžné nákupy (do 5 kg)
<input type="checkbox"/> Velký nákup (do 15 kg)
<input type="checkbox"/> Praní a žehlení ložního prádla, popř. drobné opravy
<input type="checkbox"/> Praní a žehlení osobního prádla, popř. drobné opravy
<input type="checkbox"/> Doprovázení dětí (klientů PS) do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět
<input type="checkbox"/> Doprovázení dospělých k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět
<input type="checkbox"/> Dohled nad jednáním osoby závislé na pomoci
<input type="checkbox"/> Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatnění práv a oprávněných zájmů
<input type="checkbox"/> Pomoc při vyřizování běžných záležitostí

Ve Vyšším Brodě dne: _____

Podpis žadatele: _____

KONTAKT NA OSOBU BLÍZKOU

Jméno a příjmení: _____

Kontakt: _____

Vztah k žadateli: _____

Vyjádření souhlasu blízké osoby s kontaktováním v havarijních situacích:

Souhlasím, aby uváděné údaje týkající se mé osoby byly zpracovány dle zákona 110/2019 Sb., v platném znění.

podpis