

LAMBRECHTOV DOM  
 Šolska ulica 4  
 3210 Slovenske Konjice  
 Tel.: 03/75 74 200

PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČI NA DOMU  
 V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

<b>UPORABNIK</b>		
Ime in priimek:		
Datum in kraj rojstva, EMŠO:		
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta):		
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta):		
Telefonska in/ali GSM številka:		
Zdravstveno stanje ( <i>ustrezno obkrožite</i> ):		
pomičen	delno pomičen	nepomičen
Zdravila uporabljate ( <i>ustrezno obkrožite</i> ):		
	samostojno	ob pomoči
Uporabljam naslednje tehnične pripomočke ( <i>ustrezno obkrožite</i> ): bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico, slušni aparat, zobno protezo, .....		
.....		
Zdravstveni dom:	Osebni zdravnik:	
Ste vključeni v patronažno oskrbo ( <i>ustrezno obkrožite</i> ):		
	DA	NE
Opis socialnih razmer (s kom živite, kdo vam nudi pomoč in v kakšnem obsegu,...)		
.....		
.....		
.....		
.....		
Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete? ( <i>ustrezno obkrožite – pri posameznem sklopu se lahko obkroži več oblik pomoči</i> )		
a) Pomoč pri temeljnih dnevni opravilih	pomoč pri oblačenju in slačenju	
	pomoč pri umivanju	
	pomoč pri hranjenju	
	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb	
	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov	
b) Gospodinjaska pomoč	prinašanje enega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka	
	pomivanje uporabljene posode	
	osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti	
	postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora	
c) Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom	
	spremljanje pri opravljanju nujnih obveznostih	
	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca	
	pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	

Želeni obiski:  PON  TOR  SRE  ČET  PET  SOB  NED  PRAZNIKI  
Želeni termin izvajanja pomoči:  DOPOLDAN  V ČASU KOSILA  POPOLDAN OZ. ZVEČER

.....  
Želen začetek izvajanja pomoči: .....

### KOSILO

Vrsta kosila:  navadno  sladkorna dieta  želodčno žolčna dieta  
 celo kosilo  polovično kosilo

Opombe:.....

Želen časovni plan prinosa kosila:

PON  TOR  SRE  ČET  PET  SOB  NED  PRAZNIKI

### KONTAKTNA OSEBA, ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC

Zakoniti zastopnik je kot tak določen z zakonom ali z aktom pristojnega organa na podlagi zakona. Pooblaščenec je tisti, ki ga uporabnik s pooblastilom pooblasti, da ga zastopa v postopku uveljavljanja storitve socialna oskrba na domu.

Ime in priimek: .....

Razmerje do uporabnika: .....

Ulica, kraj, pošta: .....

Telefonska/GSM številka: .....

Naslov elektronske pošte: .....

Nastopa kot:  zakoniti zastopnik  pooblaščenec

### DRUGA KONTAKTNA OSEBA

Ime in priimek: .....

Razmerje do uporabnika: .....

Telefonska/GSM številka: .....

Podpis vlagatelja .....

(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

v ....., dne .....