

**ZAMOLBA ZA SMJEŠTAJ**

1. Ime i prezime potencijalnog korisnika: \_\_\_\_\_
  2. Spol potencijalnog korisnika: M  Ž
  3. Datum rođenja potencijalnog korisnika: \_\_\_\_\_
  4. Adresa prebivališta/ Mjesto stanovanja: \_\_\_\_\_
- 
- 

**INFORMACIJE O ZDRAVSTVENOM STANJU POTENCIJALNOG KORISNIKA:**Kakve su zdravstvene poteškoće potencijalnog korisnika?  

---

---

|                          |    |    |                |
|--------------------------|----|----|----------------|
| Da li osoba komunicira?  | DA | NE | OTEŽANO        |
| Da li može razgovarati?  | DA | NE | OTEŽANO        |
| Da li je osoba pokretna? | DA | NE | TEŠKO POKRETNA |

Ako je odgovor TEŠKO POKRETNA molimo Vas da zaokružite pomagalo kojim se osoba kreće:

|        |          |            |                      |
|--------|----------|------------|----------------------|
| KOLICA | HODALICA | ŠTAP/ŠTAKE | UZ POMOĆ DRUGE OSOBE |
|--------|----------|------------|----------------------|

|                              |    |    |                |
|------------------------------|----|----|----------------|
| Da li može samostalno jesti? | DA | NE | POTREBNA POMOĆ |
| Da li ima posebnu prehranu?  | DA |    | NE             |

Ako je odgovor DA molimo Vas da napišete o kakvoj se prehrani radi (dijabetička, zučna, sonda...)  

---

|                             |    |    |
|-----------------------------|----|----|
| Da li osoba slabije vidi?   | DA | NE |
| Koristi li pomagala za vid? | DA | NE |

Koja pomagala za vid koristi? \_\_\_\_\_

Da li osoba slabije čuje?                      DA                                      NE

Koristi li pomagala za sluh?                      DA                                      NE

Koja pomagala za sluh koristi? \_\_\_\_\_

Da li može samostalno obavljati osobnu higijenu? (kupanje, umivanje, pranje kose, higijena usta i slično)                      DA                      NE                      POTREBNA POMOĆ

Da li osoba koristi pelene?                      DA                      NE                      PONEKAD

Da li osoba kontrolira mokraću?                      DA                      NE                      PONEKAD

Da li osoba kontrolira stolicu?                      DA                      NE                      PONEKAD

Da li osoba koristi koncentrator kisika?                      DA                      NE

Ako je odgovor DA molimo Vas da napišete koliko litara/sati dnevno:

\_\_\_\_\_

Da li osoba ima rane po tijelu?                      DA                                      NE

Ako je odgovor DA Molimo Vas Da napišete koliko rana i gdje na tijelu se nalaze:

\_\_\_\_\_

INFORMACIJE O PSIHIČKOM STANJU POTENCIJALNOG KORISNIKA:

Kakvo je psihičko stanje potencijalnog korisnika?

\_\_\_\_\_

Da li je osoba orijentirana?                      DA                                      NE

Da li se osoba "gubi"?                      DA                      NE                      PONEKAD

Ako je odgovor DA ili PONEKAD molimo Vas da opišete u kojim situacijama i na koji način:

\_\_\_\_\_

Da li je osoba agresivna?                      DA                      NE                      PONEKAD

Ako je odgovor DA ili PONEKAD molimo Vas da opišete u koji situacijama i na koji način:

---

Da li osoba ima određene ovisnosti (Cigarete, alkohol)?    DA                    NE

Ako je odgovor da molimo Vas da napišete o kakvim se ovisnostima radi:

---

OSTALE INFORMACIJE

Koju vrstu smještaja tražite (zaokružite željeni smještaj)?.

JEDNOKREKETNI

DVOKREKETNI

VIŠEKREKETNI

APARTMAN

Molimo Vas da napišete željeni datum odnosno u kojem roku želite ostvariti smještaj za potencijalnog korisnika:

---

Molimo Vas da nam napišete kontakt informacije o osobi koju možemo kontaktirati, a vezano uz smještaj potencijalnog korisnika ( ime i prezime, adresa, telefon, mail):

---

---

Datum i mjesto ispunjavanja zamolbe za smještaj: \_\_\_\_\_

Ime i prezime osobe koja je ispunjavala zamolbu za smještaj:

---

Potpis: \_\_\_\_\_