

## KARTA KONTROLI USŁUG

Imię i nazwisko Opiekuna: .....

Data i godzina kontroli: .....

Imię i nazwisko odbiorcy usług: .....

Adres - miejsce realizacji usług: Słupsk, ul. ....

Dni i godzina pracy opiekuna wg grafiku: .....

Wymiar przyznanych Usług: .....

| Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek | Sobota | Niedziela |
|--------------|--------|-------|----------|--------|--------|-----------|
|              |        |       |          |        |        |           |

**Czy Opiekun był obecny podczas kontroli?**

- ☐ tak  
☐ nie

### Zakres realizowanych Usług

#### **1. Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych :**

- ☐ dokonywanie zakupów
- ☐ pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
- ☐ zamawianie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, umawianie wizyt zabiegów, powtórka leków
- ☐ przygotowywanie posiłków
- ☐ dostarczenie, podgrzanie, podanie obiadu
- ☐ pomoc w spożywaniu posiłku
- ☐ pomoc w utrzymaniu porządku i czystości w najbliższym otoczeniu
- ☐ przynoszenie opału, palenie w piecu
- ☐ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia – w przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

## 2. Usługi o charakterze pielęgnacyjnym i higienicznym

- ☐ toaleta ciała, czynności higieniczne i pielęgnacyjne
- ☐ pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmiana wkładek chłonnych
- ☐ higiena i obcinanie paznokci dłoni i stóp

## 3. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem

- ☐ towarzyszenie w trakcie załatwiania spraw urzędowych, spacerów, do i z placówek usługowych, kulturowych i rekreacyjnych.
- ☐ utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, z osobami z bliskiego otoczenia
- ☐ pomoc w organizowaniu czasu wolnego
- ☐ pośredniczenie w kontaktach z pracownikami MOPR w Słupsku

### \* Jak ogólnie ocenia Pan(i) jakość świadczonych usług?

- ☐ bardzo dobrze
- ☐ dobrze
- ☐ średnio, przeciętnie
- ☐ źle
- ☐ bardzo źle

uwagi .....

.....

.....

| * Czy Pana(i) aktualny Opiekun jest:              | tak | raczej tak | nie | raczej nie |
|---------------------------------------------------|-----|------------|-----|------------|
| - punktualny(a)                                   |     |            |     |            |
| - kompetentny(a), fachowy(a)                      |     |            |     |            |
| - traktujący(a) innych z należytym szacunkiem     |     |            |     |            |
| - kulturalny(a), życzliwy(a)                      |     |            |     |            |
| - pomocny(a)                                      |     |            |     |            |
| - zaangażowany(a) w wykonywanie swoich obowiązków |     |            |     |            |

### \* Czy Usługi są świadczone zgodnie z decyzją przyznającą usługi oraz indywidualnym zakresem usług opiekuńczych

- ☐ tak
- ☐ nie

uwagi : .....

.....

\* Czy ma Pan(i) jakiegokolwiek uwagi do pracy aktualnego Opiekuna ?

☐ tak

uwagi .....

.....

.....

☐ nie

\* Kontrola Karty pracy Opiekuna

☐ przestrzeganie czasu pracy .....

☐ zgodność podpisu za wykonane usługi .....

☐ prowadzenie rozliczeń finansowych .....

podpis w karcie czynności

☐ każdorazowo po wykonaniu usług

☐ raz w tygodniu / miesiącu

☐ brak podpisu z powodu .....

uwagi .....

\* Odzież ochronna i robocza

☐ fartuch ochronny

☐ obuwie zmienne

☐ rękawice ochronne

\* Uwagi : .....

.....

.....

.....

.....

.....

podpis osób kontrolujących

.....

podpis Usługobiorcy

.....

podpis Opiekuna

## PROTOKÓŁ POKONTROLNY

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(imię i nazwisko sporządzającego protokół)

Zapoznałem/am się z protokołem pokontrolnym.

.....  
data i podpis Opiekuna