



## ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ TERÉNNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

**ŽADATEL (klient)**

**Jméno a příjmení (titul):** \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresa, na které bude služba poskytována: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pobíráte Příspěvek na péči?**  ANO  NE  zažádáno

Stupeň uznaného příspěvku na péči:  I. st.  II. st.  III. st.  IV. st.

**PEČUJÍCÍ OSOBA**

**Jméno a příjmení (titul):** \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Vztah k žadateli: \_\_\_\_\_

Adresa (vč. PSČ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Důvody pro využití Terénní odlehčovací služby a důležitá sdělení:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ TERÉNNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

### **Prosím, zaškrtněte údaje ohledně sebeobsluhy a soběstačnosti žadatele:**

POHYBLIVOST:  chodící  posazován  imobilní

SCHOPNOST CHŮZE:  bez cizí pomoci  s doprovodem  s holí  s chodítkem  
 neschopen chůze

HYGIENA:  sám  s pomocí  odkázán na pečující

KONTINENCE MOČI:  plně kontinentní  občas inkontinentní  trvale inkontinentní

KONTINENCE STOLICE:  plně kontinentní  občas inkontinentní  trvale inkontinentní

ORIENTACE:  orientován zcela  orientován částečně  dezorientován zcela

PSYCHICKÝ STAV:  klidný  rozrušený  zmatený

### **Žádám o Terénní odlehčovací službu v tomto rozsahu:**

---

---

---

---

*V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, níže udělujete souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchování osobních údajů souvisejících s podáním Žádosti o poskytování Terénní odlehčovací služby:*

- Souhlasím se zpracováním osobních údajů za účelem zařazení do evidence uchazečů, poskytnutí sociálního poradenství, zajištění terénních odlehčovacích služeb.*
- Souhlasím s nahlížením do spisu sociálním týmem domácího hospice.*

*Uvědomuji si, že mám právo na nahlížení do dokumentace, právo na opravu či pozdější anonymizaci. Souhlas mohu kdykoli prokazatelným způsobem odvolat*

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 podpis žadatele

\_\_\_\_\_   
 podpis pečující osoby

Žádost byla  SCHVÁLENA  NESCHVÁLENA  
zdůvodnění: \_\_\_\_\_

V Prachaticích, dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 podpis odpovědného pracovníka