



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:



Prosím, zaškrtněte údaje 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 uchovávání 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