



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY TÝDENNÍHO STACIONÁŘE

DOMOVINKA – sociální služby, o.p.s.

Úslavská 75, 326 00 Plzeň

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:.....Datum narození.....

Adresa trvalého bydliště:.....

.....

Adresa pro zasílání korespondence:.....

Telefonní kontakt na žadatele:.....

Příspěvek na péči:

- označte-

je zažádáno	nepobírám	I. 880,-	II. 4400,-	III. 8.800,-	IV. 13.200,-
-------------	-----------	----------	------------	--------------	--------------

Rodinní příslušníci, nebo jiná kontaktní osoba (např. syn, dcera, jiná osoba):

Jméno a příjmení:.....

Telefon:.....e-mail: (nepovinný údaj).....

Doplňující informace:.....

.....

.....

.....

Proč chcete využívat službu týdenního stacionáře, jaká jsou Vaše přání a očekávání?:

**Prohlášení žadatele:**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady za vzniklé škody.

Souhlas se zpracováním a shromažďováním osobních a citlivých údajů:

V souladu se zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních a citlivých údajů, souhlasím tímto se zpracováním, shromažďováním a uchováváním osobních a citlivých údajů, týkajících se mé osoby a osob uvedených v žádosti po dobu 5let po ukončení smlouvy dle archivačního a skartačního zákona.

V Plzni dne:.....

vlastnoruční podpis žadatele

Datum přijetí žádosti:.....

žádost přijala, podpis**K žádosti je nutno přiložit:**

1. Vyplněný formulář Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o **týdenní stacionář**

Poznámky – vyplňuje poskytovatel služeb (datum plánovaného nástupu apod.):

**1.****JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽADATELE:**.....**BYDLIŠTĚ:**.....**RODNÉ ČÍSLO:**.....**POJIŠŤOVNA:**.....**2. Osobní anamnéza:****3. Objektivní nález:****4. Duševní onemocnění:**

(vzhledem k tomu, že týdenní stacionář je otevřené zařízení, prosím, věnujte zvláštní pozornost zejména orientaci místem a časem, soužití v kolektivu)

5. Diagnózy (česky):**a) hlavní****b) ostatní****6. Nutná dispenzarizace: (jméno lékaře, telefon)****Neurologie:**.....**Psychiatrie :**.....**Diabetologie:**.....**Diabetická dieta: ANO – NE****Potravinové omezení (alergie):****další:**

**7. Rozpis léků:**

Název léku + gramáž léku	ráno	poledne	večer	před spaním

8. Jiné údaje: (oční terapie, inz., ošetření ran...)

.....
datum

.....
jméno lékaře, telefon, razítko

.....
podpis lékaře