



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,- Kč	II. 4.400,- Kč	III. 12.800,- Kč	IV. 19.200,- Kč
-------------	-----------	-------------	----------------	------------------	-----------------

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 přijal, 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.):

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO UMÍSTĚNÍ ŽADATELE DO TÝDENNÍHO STACIONÁŘE**

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