



# ŽÁDOST O PŘIJETÍ

- K ODLEHČOVACÍ SLUŽBĚ TERÉNNÍ  
 K PEČOVATELSKÉ SLUŽBĚ



<b>ŽADATEL</b>	Příjmení, jméno, titul:				
	Datum narození:		Jméno PL:		
	Adresa trvalého bydliště:		Adresa výkonu služby:		
<b>Kontaktní osoby</b>	Příjmení, jméno, vztah:				
	Adresa:				
	Telefon:		email:		
<b>Kontaktní osoby</b>	Jméno a příjmení, vztah:				
	Adresa:				
	Telefon:		email:		
<b>Očekávání od služby</b>					
<b>ČINNOSTI DENNÍHO ŽIVOTA/SOBĚSTAČNOST</b>	<b>Psychicky je:</b> <input type="checkbox"/> orientován zcela <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> depresivní <input type="checkbox"/> dezorientovaný zcela		<b>Pomoc při osobní hygieně</b> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<b>Pomoc při jídle:</b> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<b>Dohled nad pitným režimem:</b> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	<b>Způsob chůze:</b> <input type="checkbox"/> bez pomoci <input type="checkbox"/> s kompenzační pomůckou <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> upoután na lůžku		<b>Inkontinence:</b> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Částečná	<b>Způsob komunikace:</b> <input type="checkbox"/> řeč <input type="checkbox"/> gesty <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> jiná	
	<b>Užívání léků:</b> <input type="checkbox"/> bez pomoci <input type="checkbox"/> za dohledu asistenta				

Žadatel a kontaktní osoba souhlasí se zpracováním uvedených údajů v žádosti.

V ..... dne .....

Jméno, příjmení a podpis osoby, která žádost vyplňuje .....