



# ŽÁDOST O PŘIJETÍ



- K ODLEHČOVACÍ SLUŽBĚ TERÉNNÍ  
 K PEČOVATELSKÉ SLUŽBĚ

<b>ŽADATEL</b>	Příjmení:	Jméno:	Titul:
	Datum narození:		
	Adresa trvalého bydliště:	Adresa výkonu služby:	
<b>Kontaktní osoby</b>	Jméno a příjmení:	Vztah k uživateli:	
	Adresa:		
	Telefon:		
	e-mail:		
<b>Kontaktní osoby</b>	Jméno a příjmení:	Vztah k uživateli:	
	Adresa:		
	Telefon:		
	e-mail:		
<b>Očekávání od služby</b>			

**ČINNOSTI DENNÍHO ŽIVOTA/SOBĚSTAČNOST**

<b>Psychicky je:</b> <input type="checkbox"/> orientován zcela <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> depresivní <input type="checkbox"/> desorientovaný 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 (chodítko, hůl) <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> upoután na lůžku	
<b>Inkontinenci:</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	

Vyjádření odpovědného pracovníka k žádosti (datum, razítko, podpis odpovědného pracovníka)

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

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

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