

## 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 ohledně 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 uchování 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