

ŽÁDOST o poskytování sociální služby - ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Centrum 83, poskytovatel sociálních služeb

Václavkova 950, 293 01 Mladá Boleslav



Datum podání žádosti:

Sociální službu požadujeme od:

1) Zájemce:

Příjmení:	Jméno:
Narození (den, měsíc, rok):	
Trvalé bydliště:	
Telefon:	

2) Zástupce zájemce (zákonný zástupce, opatrovník):

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Vztah k zájemci:		
Trvalé bydliště:		
Telefon:	E-mail:	

3) Zájemce navštěvoval či navštěvuje:

Zájemce si plní povinnou školní docházku:	ANO*	a) dle programu ZŠ speciální*
		b) dle programu ZŠ praktické*
	NE*	Rok ukončení povinné školní docházky:
Zájemce navštěvuje školu, zařízení poskytující sociální služby atd. (název, adresa):		

4) Ošetřující lékař zájemce:

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa:		
Telefon:		

Dne.....

.....
podpis zájemce

.....
podpis zákonného zástupce/opatrovníka

Žádost zpracoval(a):

Vztah k zájemci:

Souhlas se zpracováním osobních údajů (zájemce, zákonný zástupce či opatrovník):

Souhlasím, aby Centrum 83, poskytovatel sociálních služeb Mladá Boleslav zpracovalo mé osobní údaje (osobní údaje zájemce, jehož jsem zákonným zástupcem či opatrovníkem) pro své účely a nakládalo s nimi ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů i ve znění pozdějších předpisů.

V dne.....

.....
podpis zájemce

.....
podpis zákonného zástupce/opatrovníka

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU
ZÁJEMCE O ODLEHČOVACÍ SLUŽBY**

Václavkova 950, 293 01 Mladá Boleslav (odloučené pracoviště Havlíčkova 447, 293 01 Mladá Boleslav)

Příjmení a jméno:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

Vyjádření lékaře:

a) *Anamnéza (rodinná, osobní):*

b) *Objektivní nález:*

c) *Diagnóza:*

d) *Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):*

e)	Chůze bez cizí pomoci?		ANO*	NE*
	Schopnost sebeobsluhy?		ANO*	NE*
	Inkontinence?		ANO*	NE*
	Trvale upoután(a) na lůžko?		ANO*	NE*
	Orientován:	místem	ANO*	NE*
		časem	ANO*	NE*
		osobami	ANO*	NE*
	Potřebuje zvláštní péči? Jakou?			

f) *Celkový lékařský nález a současná medikace:*

g) Jiné údaje:

h) Diagnostický závěr:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře:

Přílohy: Výsledky neurologického, psychiatrického, ortopedického vyšetření, příp. dalších, která zájemce absolvoval.

* při vyplňování zakroužkujte hodící se údaje