

Žádost o přijetí klienta na Oddělení sociálních služeb ve ZZ

Evidenční číslo (vyplní zařízení):

pracoviště Karviná

pracoviště Orlová

Jméno, příjmení, titul:

Bydliště:

Rodné číslo:

Číslo OP, platnost:

Zdravotní pojišťovna:

Praktický lékař:

Diagnózy:

.....

.....

Medikace:

.....

.....

Mobilita: mobilní samostatně
 mobilní s pomocí pomůcky: vozík chodítka berle
 imobilní

Soběstačnost: plně soběstačný částečně nesoběstačný
Kontinence: plně kontinentní částečně kontinentní inkontinentní

Nasogastrická sonda: NE ANO

Defekty: NE ANO (lokalizace): Dekubity: NE ANO (stupeň, lokalizace):

Jiná sdělení lékaře:

Datum:

Razítko a podpis lékaře, zařízení:

PROHLÁŠENÍ žadatele

Tímto prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a Nařízením GDPR, souhlasím se zpracováním a uchováním poskytnutých údajů pro účely zařazení do evidence žadatelů o přijetí na sociální pobytovou službu ve zdravotnickém zařízení. Zároveň **uděluji souhlas** ke zpracování (shromažďování, ukládání, používání, uchovávání, třídění a předávání osobních údajů souvisejících s pobytem a to ode dne zaevidování žádosti, po dobu poskytování sociální služby až do doby archivace a skartace.



Sociální záznam

Žádost do zařízení sociální péče (název zařízení, kdy)

.....

Druh příjmu, výše doslání poštou / na účet

Příspěvek na péči:
přiznán stupeň:

- | | | | |
|--------------------------|------|---------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | I. | žádost v řízení od: | návrh na zvýšení podán od: |
| <input type="checkbox"/> | II. | | |
| <input type="checkbox"/> | III. | | |
| <input type="checkbox"/> | IV. | | |

Kontaktní osoba, rodinný příslušník:

Jméno, příjmení	Adresa	Telefon

Opatrovník (nutné doložit rozhodnutí soudu):

Jméno, příjmení	Adresa	Telefon

Datum:

zdravotně sociální pracovník
jméno, podpis

Datum:

.....
Podpis žadatele, event. příbuzných**Kontakty:**Pracoviště Karviná

Mgr. Gabriela Szczygielová, tel.: 596 383 567, mobil: 739 487 029, e-mail: szczygielova@nspka.cz

Pracoviště Orlová

Mgr. Marcela Frývaldská, tel: 596 583 603, mobil: 734 437 260, e-mail: fryvaldska@nspka.cz

PROHLÁŠENÍ žadatele

Tímto prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a Nařízením GDPR, souhlasím se zpracováním a uchováním poskytnutých údajů pro účely zařazení do evidence žadatelů o přijetí na sociální pobytovou službu ve zdravotnickém zařízení. Zároveň **udělují souhlas** ke zpracování (shromažďování, ukládání, používání, uchovávání, třídění a předávání osobních údajů souvisejících s pobytem a to ode dne zaevidování žádosti, po dobu poskytování sociální služby až do doby archivace a skartace.

