



## ŽÁDOST O PŘIJETÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBA POBYTOVÁ

<b>ŽADATEL</b>	Příjmení		Jméno, titul		
	Rodné číslo	Rodné příjmení		Stav	
	Povolání (i dřívější)		Zdravotní pojišťovna		
	Adresa trvalého bydliště				
	PSČ				
	Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm)				
PSČ					
Telefon					
<b>NEJBLIŽŠÍ OSOBA ŽADATELE (příbuzná nebo jiná)</b>				<b>PŘÍBUZNÍ</b>	
Jméno a příjmení			Vztah		
Adresa					
PSČ		E-mail			
Tel. ve dne		Tel. večer a v noci			
<b>LÉKAŘ</b>	<b>PRAKTICKÝ LÉKAŘ</b>				
	Jméno		Souhlasím / nesouhlasím s poskytováním odlehčovací služby pobytové. Souhlasím s lékařským ošetřením v ambulanci (AMLB) v Hospici Dobrého Pastýře.		
	Adresa ordinace				
	PSČ				
Telefon	E-mail				
Razítko a podpis lékaře:					
<b>Důvod podání žádosti:</b>					
<input type="checkbox"/> dovolená ošetřující osoby <input type="checkbox"/> nezbytný odpočinek ošetřující osoby <input type="checkbox"/> nemoc ošetřující osoby					
<input type="checkbox"/> jiné (prosíme, uveďte) .....					
Žádám o poskytnutí odlehčovací služby pobytové v termínu od ..... do .....					
<b>Prohlášení žadatele</b>					
Souhlasím s tím, aby Hospic Dobrého Pastýře zpracovával tyto mnou poskytnuté osobní údaje pro potřeby spojené s evidencí mé žádosti o odlehčovací službu. Osobní údaje poskytované v této žádosti jsou zpracovávány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.					
Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé.					
V..... dne ..... Podpis žadatele: .....					