

## POBYTOVÁ ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

**ŽADATEL**

Jméno a příjmení, titul:

Datum narození:

Telefon:

Adresa:

Délka pobytu  
(max. 3 měsíce)

Od:

do:

Důvod podání žádosti do odlehčovací služby (co od služby očekáváte):

**NEJBLIŽŠÍ OSOBA ŽADATELE (kontaktní osoba, kterou určil žadatel)**

Jméno a příjmení, titul:

Vztah k žadateli:

Kontaktní telefon:

E-mailová adresa:

*Ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a dále ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 679/2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice č. 95/46/ES (dále jen GDPR) souhlasím se zpracováním mých osobních údajů uvedených v tomto dokumentu. Subjekt údajů prohlašuje, že byl správcem řádně poučen o zpracování a ochraně jeho osobních údajů, že výše uvedené osobní údaje jsou pravdivé a jsou poskytovány dobrovolně, maximálně po dobu nezbytnou k plnění zákonných archivačních povinností. Subjekt údajů rovněž prohlašuje, že byl správcem řádně informován v souladu s čl. 13 GDPR o informacích o zpracování osobních údajů a právech subjektu údajů.*

.....  
Podpis kontaktní osoby**KONTAKTNÍ OSOBA****PRAKTICKÝ  
LÉKAŘ**

Jméno:

Adresa:

Telefon:

## Zhodnocení schopnosti provádět běžné úkony péče o vlastní osobu žadatele

Při vyplňování nehodící se možnost škrtněte:

Konsumace jídla	Samostatně	S pomocí	Nutno podat	<b>Orientace:</b> Osobou Místem Časem Situace
Konsumace nápojů	Samostatně	S pomocí	Nutno podat	
Oblékání	Samostatně	S pomocí	Nutno obléci	
Osobní hygiena	Samostatně	S pomocí	Nutno provést	
Chůze po rovině	Samostatně	S pomocí	Neschopen	
Chůze do / ze schodů	Samostatně	S pomocí	Neschopen	

Hygienické pomůcky při inkontinenci	Kompenzační pomůcky
nepoužívá	nepoužívá
pleny (uvedte počet na den)	hůl, francouzské berle
vložky (uvedte počet na den)	chodítka
podložky (uvedte počet na den)	invalidní vozík
jiné (doplňte)	WC židle

Vyplněný formulář můžete doručit **osobně, poštou, faxem či elektronicky** na adresu:

**Hospic sv. Alžběty o.p.s., Kamenná 36, 639 00 Brno, faxové číslo: 543 211 060  
email: [kristova@hospicbrno.cz](mailto:kristova@hospicbrno.cz); V případě dotazů volejte na: 730 895 535.**

**Součástí žádosti je písemné vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele ne starší než 3 měsíce. Bez vyjádření lékaře není možné žadatele na odlehčovací pobyt přijmout.**

Prohlašuji, že jsem všechny informace v žádosti uvedl/a pravdivě.

*Ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a dále ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 679/2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice č. 95/46/ES (dále jen GDPR) souhlasím se zpracováním mých osobních údajů uvedených v tomto dokumentu. Subjekt údajů prohlašuje, že byl správcem řádně poučen o zpracování a ochraně jeho osobních údajů, že výše uvedené osobní údaje jsou pravdivé a jsou poskytovány dobrovolně, maximálně po dobu nezbytnou k plnění zákonných archivačních povinností. Subjekt údajů rovněž prohlašuje, že byl správcem řádně informován v souladu s čl. 13 GDPR o informacích o zpracování osobních údajů a právech subjektu údajů.*

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

.....  
Podpis žadatele