



OBLASTNÍ CHARITA UHERSKÝ BROD

Mariánské nám. 13
688 01 Uherský Brod

Žádost o poskytování pečovatelské služby Oblastní charitou Uherský Brod

Jméno a příjmení žadatele/ky: _____

Adresa: _____

Datum narození: _____ Tel kontakt: _____

Příspěvek na péči: (nepovinný údaj) ANO stupeň: I. II. III. IV.
NE
V ŘÍZENÍ OD

Mám zájem o:

Pečovatelskou službu :

- Horní Němčí
- Bánov

- Dolní Němčí
- Korytná
- Strání

Zdůvodnění žádosti: _____

Osoby, které bude možno kontaktovat v případě nutnosti:

Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr	Kontaktní adresa	Telefon



OBLASTNÍ CHARITA UHERSKÝ BROD

Mariánské nám. 13
688 01 Uherský Brod

Ošetřující lékař (nepovinný údaj)

Prohlášení žadatele:

Souhlasím s tím, aby Oblastní charita Uherský Brod zpracovávala tyto mnou poskytnuté údaje pro potřeby spojené s evidencí mé Žádosti o poskytování pečovatelské služby Oblastní charitou Uherský Brod.

Osobní údaje poskytnuté v této žádosti jsou zpracovávány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

V _____ dne _____

_____ podpis žadatele/k



OBLASTNÍ CHARITA UHERSKÝ BROD

Mariánské nám. 13
688 01 Uherský Brod

Zdravotní anamnéza

Jméno a příjmení žadatele/ky: _____

Datum narození: _____

Sebeobsluha:

- schopen plně
- částečně
- neschopen

Komunikace:

- normální
- omezená – důvod: _____

Pohyblivost:

- úplná
- částečná – pomůcky: _____
- nepohyblivý/á

Osobní hygiena:

- schopen sám
- schopen s pomocí
- neschopen

Inkontinence moči:

- neinkontinentní
- částečná
- úplná – pomůcky: _____

Inkontinence stolice:

- ano
- ne

Strava:

- normální
- dieta – druh: _____

Přijímání stravy:

- samostatně
- s pomocí
- neschopen

Orientace klienta:

- plně orientovaný
- částečně orientovaný
- dezorientovaný

Dne:

Provedl: