



## ŽÁDOST O RESPITNÍ PÉČI

Prosím, žádost vyplňte pravdivě, úplně a čitelně!

Příjmení a jméno žadatele:	Datum narození: Občanský průkaz:
Trvalé bydliště žadatele:	Telefon - pevná linka: Mobilní telefon:
E-mail	PSČ:
Číslo účtu, na který má být vrácen případný přeplatek:	
Adresa nebo místo přechodného pobytu, kde bude žadatel k zastížení v nutném případě:	

Příjmení a jméno osoby, o kterou bude pečováno (klient):	Rodné číslo: Občanský průkaz: Zdravotní pojišťovna:
Trvalé bydliště klienta: PSČ:	Telefon:
Klient je:	mobilní (může vycházet z bytu ven)      ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> mobilní pouze po bytě      ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> imobilní (trvale upoután na lůžko)      ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> je mobilní, ale vyžaduje trvalý dohled      ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Vypište případná další omezení, nároky klienta, zvláštnosti apod.:	
Vztah klienta a žadatele (vypsat, zda jde o příbuzenský vztah – manžel/ka, syn, dcera, snacha, zeť, sourozenci, matka, otec apod., případně jiný vztah - známá/ý, druh – družka):	
Klient žije sám:    ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Klient žije ve společné domácnosti s: (vypsat)	
Jaké léky klient užívá, v jakých intervalech:	
Jaké má klient záliby:	
Termín požadovaného nástupu:	
Termín požadovaného ukončení:	

Kromě standardních služeb požaduji navíc zajistit – přesně konkretizovat službu:	
Poznámky:	
Datum:	Podpis:

Souhlas klienta s ošetrovatelskou péčí

Souhlasím s tím, aby mi na základě této žádosti byla ve dnech .....až ..... poskytována ošetrovatelská péče na lůžkovém oddělení Nemocnice Český Brod s.r.o., Žižkova 282, 282 01 Český Brod.

Datum:	Podpis:
--------	---------