

Ž Á D O S T **o zavedení osobní asistence**

Jméno, příjmení žadatele
datum narození
telefon - pevná linka, mobil
trvalé bydliště, podlaží
ošetřující lékař
stupeň závislosti

I. DŮVODY K ZAVEDENÍ OSOBNÍ ASISTENCE

1.
2.

II. KONTAKTNÍ OSOBY (RODINA, ZNÁMÍ, SOUSEDÉ)

jméno a příjmení	bydliště	příbuzenský poměr	kontakt

III. INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU *

Důvod podané žádosti

Vyjádření obvodního lékaře

.....

.....
razítko a podpis lékaře

Prohlašuji, že všechny mnou výše uvedené údaje jsou pravdivé.

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, souhlasím se zpracováním svých osobních údajů a citlivých dat pro potřeby poskytování služby.

V Bohumíně dne
podpis žadatele

Převzal dne
podpis pracovníka

* Poplatek za vyjádření lékaře hradí žadatel.