



OSOBNÍ DOTAZNÍK UŽIVATELE POBYTOVÉ SLUŽBY

Jméno, příjmení		Datum narození	
Adresa bydliště		Zdravotní pojišťovna	
Držitel průkazky (označte X)	TP <input type="checkbox"/>	ZTP <input type="checkbox"/>	ZTP/P <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/>
Způsobilost k právním úkonům (označte X)			
Způsobilost k právním úkonům <input type="checkbox"/> Omezení způsobilosti <input type="checkbox"/> Zbavení způsobilosti <input type="checkbox"/>			
OPATROVÍK / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE			
Jméno, příjmení opatrovníka / zákonného zástupce		Vztah k uživateli	
Adresa bydliště opatrovníka / zákonného zástupce		Telefon	
		E-mail	
KONTAKT NA DALŠÍ OSOBY			
Jméno, příjmení		Vztah k uživateli	
E-mail:		Telefon	
Jméno, příjmení		Vztah k uživateli	
E-mail:		Telefon	
ZDRAVOTNÍ STAV UŽIVATELE – SOMATICKÝ STAV			
Diagnóza			
Trvalé zdravotní podmínky / poruchy / nemoci / omezení			
Alergie / problémové oblasti / zvýšená obezřetnost / speciální péče			
Bolestivost (zvládání a vyjadřování bolesti)			
Medikace (rozpis podávání léků – název, množství, časové rozmezí) – NUTNÁ LÉKOVKA			
Speciální pomůcky a zacházení			
Další důležité informace ke zdravotnímu stavu			

DOKUMENTACE**K dotazníku je nutné přiložit následující**

	Fotokopie rozsudku soudu o zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům
	Průkazka příslušné zdravotní pojišťovny
	Průkazka ZTP, TZP/P
	Zdravotní průkaz – originál (podmínka pro práci v kuchyni a manipulaci s potravinami)
	Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
	Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu