



OSOBNÍ DOTAZNÍK UŽIVATELE STD

Jméno, příjmení		Datum narození		
Adresa bydliště				
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				
Druh postižení (mentální, zdravotní)				
Trvalé zdravotní podmínky / poruchy / nemoci / omezení				
Alergie / problémové oblasti / zvýšená obezřetnost / speciální péče				
Bolestivost (zvládání a vyjadřování bolesti)				
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 ZTP, TZP/P
	Zdravotní průkaz – originál (podmínka pro práci v kuchyni a manipulaci s potravinami)
	Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči (je-li přiznán)
	Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu