



Domovy pro osoby se zdravotním postižením Oleška-Kamenice
příspěvková organizace
Stará Oleška 131, 405 02 Děčín
IČ: 47274522

Adresa poskytované služby:
DOZP Česká Kamenice, p. o.
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

SQSS/3
č. 3/1

příloha č. 1 – pomocný materiál v piktogramech

JAK MŮŽETE POŽÁDAT O NAŠI SLUŽBU

1. Stáhnete si z webových stránek www.dozp-oleska-kamenice.cz „Žádost o poskytnutí sociální služby v DOZP Česká Kamenice“ a „Vyjádření lékaře“.



Domovy pro osoby se zdravotním postižením Oleška-Kamenice
příspěvková organizace
Stará Oleška 131, 405 02 Děčín
IČ: 47274522

Adresa poskytnuté služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOZP ČESKÁ KAMENICE**

Datum přijetí žádosti *vyplnit mělním*

Datum a způsob vyřízení žádosti *vyplnit mělním*

Žadatel:

Domovy pro osoby se zdravotním postižením Oleška-Kamenice
příspěvková organizace
Stará Oleška 131, 405 02 Děčín
IČ: 47274522

Adresa poskytnuté služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE
O ZDRAVOTNÍ STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU V DOZP ČESKÁ KAMENICE

1. **Zápis:**
Příjmení a jméno:

Zdravotní postižení:

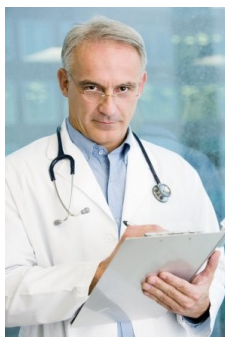
Osoba v péči:

Adresa:

2. **Anamnéza** (rodinné, onkologické, psychiatrické):

3. **Objektivní nálezy** (dle stavu pacienta, provedení, v případě vyjádření lékařem poskytnutí zdravotní péče):

2. Zajdete ke svému lékaři a požádáte ho o vyplnění tiskopisu „Vyjádření lékaře“.




Zároveň požádáte o odborný posudek psychologa nebo psychiatra.



3. Vyplníte „Žádost o poskytování služby sociální služby v DOZP Česká Kamenice“



 Domov pro osoby se zdravotním postižením Česká Kamenice
příspěvková organizace
Stará Opatka 131, 401 02 Opatov
IČ: 47274522

Adresa poskytovatele služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice


**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOZP ČESKÁ KAMENICE**

Datum přijetí žádosti – vyplňuje zařizovatel:

Datum a způsob vyřízení žádosti – vyplňuje zařizovatel:


Žadatel:

4. Všechny vyplněné dokumenty dáte do obálky a pošlete poštou na adresu Domova.

 Domov pro osoby se zdravotním postižením Česká Kamenice
příspěvková organizace
Stará Opatka 131, 401 02 Opatov
IČ: 47274522


Adresa poskytovatele služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOZP ČESKÁ KAMENICE**

Datum přijetí žád 

Datum a způsob vyřízení žádosti – vyplňuje zařizovatel:


Žadatel:


 Domov pro osoby se zdravotním postižením Česká Kamenice
příspěvková organizace
Stará Opatka 131, 401 02 Opatov
IČ: 47274522

Adresa poskytovatele služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE
O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽÁDECE O SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOZP ČESKÁ KAMENICE

1. Zájmena:
jméno a příjmení: _____
zájmovost poskytovatele: _____
Datum napsání: _____
Bydliště: _____

2. Anamnéza (včetně, osobní, pracovní):  _____

3. Objektivní nále (stavba pramenů genetikou,  genetická postižení / stavba pramenů sociálně) _____



ADRESA:

DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
ČESKÁ KAMENICE
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE
U KAPLE 494
407 21 ČESKÁ KAMENICE

