



**POŽADAVEK O ZAŘAZENÍ DO POŘADNÍKU
V RÁMCI PŘIJETÍ DÍTĚTE DO AMBULANTNÍHO DĚTSKÉHO STACIONÁŘE**

**Centrum pro zdravotně postižené děti a mládež - SRDÍČKO
Revoluční 1845/30, 1846/32, 412 01 Litoměřice**

Den podání požadavku <i>(vyplní zařízení)</i>							
Dítě							
Jméno, příjmení							
Datum narození							
Trvale bytem							
Fakticky bytem							
Telefon				e-mail			
Žadatelé o zařazení							
Zákonní zástupci dítěte							
Titul, jméno, příjmení							
Trvale bytem							
Fakticky bytem							
Telefon				e-mail			
Titul, jméno, příjmení							
Trvale bytem							
Fakticky bytem							
Telefon				e-mail			
Datum požadovaného nástupu dítěte do ambulantního dětského stacionáře							
Prosíme uveďte důvody, které Vás vedou k uplatnění požadavku o přijetí do ambulantního dětského stacionáře:							
Prosím uveďte zdravotní problémy dítěte - diagnózu (česky):							
Zdravotní komplikace, problémy dítěte							
Záchvatové stavy	ANO		NE		NĚKDY		
Jak se projevují							
Intenzita							
Postup v případě záchvatu							

Dítě užívá pravidelně léky		ANO		NE		NĚKDY	
Je potřeba léky užívat v době pobytu v zařízení	ANO	jaké		jak často			
	NE						
Dítě musí dodržovat dietní stravu		ANO		NE		částečně	
Uveďte dietu či omezení stravy							
Dítě má alergie		ANO		NE			
Uveďte výčet případných alergií							
Snížené soběstačnosti dítěte z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení vyžadujícího pomoc jiné fyzické osoby				ANO		NE	
V případě snížení soběstačnosti, uveďte míru podpory							
V případě přijetí dítěte se zákonný zástupce zavazuje k předložení doporučení k přijetí dítěte od odborného lékaře				ANO		NE	
V případě přijetí dítěte se zákonný zástupce zavazuje k předložení potvrzení o zdravotním stavu dítěte od ošetřujícího praktického lékaře pro děti a dorost				ANO		NE	
Prohlášení zákonných zástupců o souhlasu se zpracováním osobních a citlivých údajů							
Prohlašuji, že veškeré údaje v tomto požadavku jsem uvedl(a) podle skutečnosti.							
Ve smyslu Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů souhlasím, aby údaje v žádosti včetně dodatečně doloženého doporučení od odborného lékaře a vyjádření od ošetřujícího byly použity při řízení o přijetí do denního dětského stacionáře.							
Souhlasím se zpracováním osobních i citlivých údajů a následně s archivací.							
Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoliv změnu v rámci žádosti.							
Beru na vědomí, že v případě přijetí dítěte do služby je podání této žádosti nepřenosné na jiné dítě. Beru na vědomí, že v případě přijetí dítěte do služby, zařízení nepřipravuje dietní stravu.							
Datum							
Podpis žadatele - zákonných zástupců (otce i matky)							
Žadatel chce zaslat písemné oznámení o přijetí nebo nepřijetí				ANO		NE	
Pokud ano, jakou formou				e-mailem		poštou	
Žadatel chce informovat pouze telefonicky		ANO		na čísle			
Přílohy:		Doklad totožnosti žadatele - pouze k ověření					