

Evidenční číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

A. Identifikace ošetřované osoby

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Identifikace ošetřující osoby

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vztah ošetřující osoby k ošetřované osobě dle § 41a odst. 3 zákona č. 187/2006 Sb.

C. Důvod ukončení poskytování dlouhodobé péče²⁾

vystřídání s jinou ošetřující osobou

odvolání souhlasu s ošetřováním (§ 41b odst. 4 a § 103 odst. 1 zákona č. 187/2006 Sb.)

jiný důvod

D. Datum ukončení poskytování dlouhodobé péče

Ošetřující osoba poskytovala dlouhodobou péči naposledy dne

Datum a podpis ošetřující osoby

E. Odvolání souhlasu s ošetřováním

Ošetřovaná osoba tímto odvolává svůj souhlas s ošetřováním udělený výše uvedené ošetřující osobě ke dni

Datum a podpis ošetřované osoby³⁾

Ošetřující osoba byla o odvolání souhlasu s ošetřováním informována dne

Podpis ošetřující osoby/podpisy svědků⁴⁾

Identifikace svědků

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹⁾ Není-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojistěnce, není-li přiděleno ani jedno, ponechte prázdné.

²⁾ Hodící se označte x a případně doplňte další údaje.

³⁾ Nemůže-li ošetřovaná osoba psát, učiní namísto podpisu před alespoň dvěma svědky na listině vlastní znamení, ke kterému jeden ze svědků připiše jméno jednajícího (§ 41b odst. 6 zákona č. 187/2006 Sb. ve spojení s § 563 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb.).

⁴⁾ Namísto ošetřující osoby mohou skutečnost, že ošetřující osoba byla o odvolání souhlasu k danému dni informována, stvrdit svým podpisem minimálně dva svědci.

