

datum \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ kdo: \_\_\_\_\_

místo: DOSIO / u klienta / jinde  
jak: telefonicky / osobně

kód: \_\_\_\_\_

1	jméno <input type="text"/>	příjmení <input type="text"/>	titul <input type="text"/>
2	datum narození <input type="text"/>	rodné číslo <input type="text"/>	PSC <input type="text"/>
3	ulice <input type="text"/>	čp <input type="text"/>	město <input type="text"/>
4	telefon pevná linka <input type="text"/>	telefon mobilní <input type="text"/>	další telefon (na příbuzného, známého...) <input type="text"/>

5 poznámka k adrese (příjezd - význačný orientační bod - vchod - patro ....)

6 zdravotní stav	7 pohyb	8 schodolez
tělesné postižení <input type="checkbox"/>	elektrický vozík <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
mentální postižení <input type="checkbox"/>	mechanický voz. <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/>
kombinované post. <input type="checkbox"/>	berle <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
jiné zdravotní post. <input type="checkbox"/>	jinak <input type="checkbox"/>	
jiný důvod <input type="checkbox"/>	bez omezení <input type="checkbox"/>	

9 poznámka ke zdravotnímu stavu nebo pohybu (kočárek - speciální vozík - skútr - pomoc při najíždění na rampu - .....)

10 potřeba dopomoci: ne  ano  jaká   
(nutno podpírat - nutno doprovodit - nutno pomáhat s pohybem...)

11 průkaz	12 příspěvek na péči
ZTP číslo <input type="text"/> platnost <input type="text"/>	1.stupeň <input type="checkbox"/>
ZTP/P číslo <input type="text"/> platnost <input type="text"/>	2.stupeň <input type="checkbox"/>
lékařské <input type="checkbox"/>	3.stupeň <input type="checkbox"/>
	4.stupeň <input type="checkbox"/>
	nepobírá <input type="checkbox"/>
	odmítl sdělit <input type="checkbox"/>

13 způsobilost k právním úkonům

způsobilý/á <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
nezpůsobilý/á <input type="checkbox"/> omezení	
nezletilý/á <input type="checkbox"/>	
jiný <input type="checkbox"/>	

zástupce: jméno a příjmení      adresa      telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

vztah ke klientovi a pověření k zastoupení

<input type="text"/>
----------------------

14 stavy ohrožující život a záchvatová onemocnění

ne  ano

co v takovém případě dělat

<input type="text"/>
----------------------

15 poznámka: svým podpisem potvrzuji souhlas se zpracováním osobních údajů pro potřeby DOSIO, o.p.s.

Podpis klienta: informace o zpracování údajů byla přiložena
--