



## POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS UŽIVATELE (zákonného zástupce) POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Jméno a příjmení uživatele: \_\_\_\_\_ RČ: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

### Souhlasím/nesouhlasím\*)

a. \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_  
Jméno a příjmení osoby, bydliště

b. \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_  
Jméno a příjmení osoby, bydliště

### Souhlasím/nesouhlasím\*)

- aby výše uvedená/é osoba/y měla/y být informována o mém zdravotním stavu, nahlížet do sociální dokumentace, nahlížet do mého individuálního plánu, a do jakékoliv dokumentace, která je o mě vedena
- se zpracováním osobních a citlivých údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a to ve věcech souvisejících s mým pobytem na sociálních lůžkách. Jsou to zejména jméno a příjmení, datum narození, rodné číslo, OP, místo trvalého pobytu, stupeň přiznaného příspěvku na péči, zdravotní pojišťovna, rozhodnutí a usnesení soudu o zbavení či omezení uživatele k právním úkonům a ustanovení opatrovníka, telefonní kontakt
- s nočními kontrolami pracovníků sociální služby
- s vyřizováním všech úředních záležitostí pracovníky Sociálních lůžek (např. příspěvek na péči, výměna OP, apod.)

### Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a

- s právy uživatelů sociálních služeb
- s Vnitřními pravidly Lůžek sociální péče
- s řešením nouzových a havarijních situací
- s personálním zajištěním služby
- s právem vyjadřovat se ke kvalitě poskytovaných služeb
- s možností uložení cenných věcí a větších částek peněz do pokladny
- se zákazem používání vlastních elektrických a tepelných spotřebičů na pokojích a ve všech prostorách Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov, p. o., a že v případě porušení tohoto zákazu nese uživatel plnou odpovědnost za případné škody vzniklé na majetku a zdraví osob
- se zákazem kouření ve vnitřních prostorách, v areálu je kouření povoleno jen na místech k tomu určených.

---

\*) označ správnou odpověď

## **POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS UŽIVATELE (zákonného zástupce) POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**Prohlašuji, že informace, které jsou součástí tohoto dokumentu, mi byly zřetelně a srozumitelně vysvětleny. Měl/a jsem možnost klást upřesňující dotazy, na které mi bylo odpovězeno.**

**Zařízení se zavazuje, že osobní a citlivé údaje bude uchovávat dobu pobytu uživatele v zařízení v uzamykatelné místnosti. Po ukončení pobytu se provede archivace a následná likvidace v souladu s platnými právními předpisy.**

Ve Městě Albrechticích dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis sociálního pracovníka

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis uživatele služby/opatrovníka  
zmocněnce

**Uživatel/ka není schopen/na podpisu, svůj souhlas vyjádřil/a**

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka