

## Dotazník Sociálně ošetrovatelské jednotky

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

1. Byl(a) jsem seznámen(a) s vnitřními pravidly poskytování odlehčovacích pobytových služeb CSOP Praha 15, beru je na vědomí a budu je respektovat. Vnitřní pravidla jsem obdržel(a).

ANO\*  NE\*

2. Souhlasím s bezhotovostní úhradou za poskytnuté služby .

ANO\*  NE\*

3. Požaduji, aby pomoc při hygieně zajišťoval(a).

Pouze muž\*  Pouze žena\*  Nezáleží na pohlaví\*

4. Souhlasím s uvedením telefonního čísla na blízkou osobu. Změnu kontaktu ve svém zájmu co nejdříve oznámím klíčovému pracovníkovi nebo koordinátorce.

ANO\*  NE\*

5. Byl(a) jsem seznámen(a) s možnou výměnou klíčového pracovníka v rámci organizačních změn ze strany Poskytovatele, mám možnost žádat o změnu klíčového pracovníka z vážných důvodů, které sdělím koordinátorce.

ANO\*  NE\*

6. Souhlasím s tím, aby moje fotografie zhotovené na akcích CSOP, byly použity pro propagační účely CSOP.

ANO\*  NE\*

7. Souhlasím s tím, aby kopie dokumentů související s mou osobou a potřebné k poskytování odlehčovací pobytové služby byly uloženy v mém sociálním spise vedeném v CSOP.

ANO\*  NE\*

8. Souhlasím, aby pracovníci poskytli informace vztahující se k průběhu poskytování služeb kontaktní osobě uvedené v mém spise.

ANO\*  NE\*

9. Obdržel(a) jsem postup řešení stížnosti.

ANO\*  NE\*

Svým podpisem tohoto dotazníku **souhlasím** se zpracováním osobních údajů po dobu poskytování odlehčovací pobytové služby dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V rozsahu: datum narození, rodné číslo, adresa, bydliště, adresa kontaktní osoby a její telefon.

**Pozn.:**

---

---

---

---

**V Praze dne:**

**Podpis:**