

Žádost o vstup do programu Centra duševního zdraví pro adiktologické pacienty

Žadatel:

Příjmení Jméno Rodné

číslo

Místo narození Okres

Trvalé bydliště Obec PSČ Ulice

..... č. p.

Kontakt Telefon E-mail

Zdravotní pojišťovna.....

Zastoupený* (opatrovníkem/zákonným zástupcem)

Příjmení Jméno

Kontakt Telefon E-mail

Důvod podání žádosti :

.....

.....

.....

.....

.....

Co od služby očekáváte (jak vám může služba pomoci?):

.....

.....

.....

.....

.....

Další důležité informace:

.....

.....

.....

.....

.....

Ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb. (Zákon o zpracování osobních údajů) souhlasím, aby údaje uvedené v žádosti byly použity při řízení o zahájení poskytování sociálně zdravotní služby.

V dne

Podpis žadatele

Podpis (opatrovníka/zákonného zástupce)

* vyplnit v případě omezení svéprávnosti žadatele

Datum přijetí žádosti: