

Číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

## A. Identifikace ošetřované osoby

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

## B. Identifikace ošetřující osoby

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

Vztah ošetřující osoby k ošetřované osobě dle § 41a odst. 4 zákona č. 187/2006 Sb.

C. Důvod ukončení poskytování dlouhodobé péče<sup>2)</sup>

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

Dlouhodobou péči jsem poskytoval(a) 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 osoby<sup>3)</sup>

Ošetřující osoba byla o odvolání souhlasu s ošetřováním informována dne

Podpis ošetřující osoby/podpisy svědků<sup>4)</sup>

## 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"/>

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

<sup>2)</sup> Hodící se označte x a případně doplňte další údaje.

<sup>3)</sup> 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.).

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

