

Evidenční štítek



## Oznámení o ukončení poskytování dlouhodobé péče/ ~~Odvolání souhlasu s ošetřováním \*~~

(§ 41b odst. 4 a § 41d zákona č. 187/2006 Sb.) (\* *nehodící se škrtněte*)

1 2 3 4 5 6 7 D

Evidenční číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

### 1. Identifikace ošetřované osoby

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo <sup>1)</sup>	
Novák	Jaroslav	21.9.1948	480921507	
Ulice	č.p./č.o.	Obec	PSČ	Stát
U pošty	12	Nová Ves	256 09	Česká republika

### 2. Identifikace ošetřující osoby

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo <sup>1)</sup>	
Novák	Jan	15.8.1971	7108153215	
Ulice	č.p./č.o.	Obec	PSČ	Stát
Za kostelem	15	Vtelná	275 26	Česká republika

Vztah ošetřující osoby k ošetřované osobě dle § 41a odst. 3 zákona č. 187/2006 Sb.

syn

### 3. 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 zajištění domácí péče zdravotním ústavem

### 4. Datum ukončení poskytování dlouhodobé péče

Ošetřující osoba poskytovala dlouhodobou péči naposledy dne

15.7.2018

Datum a podpis ošetřující osoby

## 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

Jméno	Příjmení	Datum narození	Rodné číslo <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Není-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce, 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 připeíše jméno jednatelce (§ 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 minimálně dva svědci.



9 4 2 9 1 2 3 8 0 8