

Sociální služby v Kynšperku nad Ohří, příspěvková organizace

Oznámení klienta o pobytu mimo zařízení

HOSPITALIZACE

Příjmení a jméno:

Dieta:

Oznámil:

Oznámené datum a čas odchodu:

Místo pobytu:

Podpis pověřeného pracovníka:

Podpis klienta:

Vyplní službu konající SZP nebo vedoucí domova - sociální pracovnice

Zapsal/a:

Vyplní službu konající sestra na oddělení při odchodu a příchodu klienta.

Skutečné datum a čas odchodu : **Podpis SZP:**

Skutečné datum a čas návratu: **Podpis SZP:**

Sociální služby v Kynšperku nad Ohří, příspěvková organizace

Oznámení klienta o pobytu mimo zařízení

DOVOLENÁ

Příjmení a jméno:

Dieta:

Nahlášeno dne:

Oznámil:

Oznámené datum a čas odchodu:

Oznámené datum a čas příchodu:

Místo pobytu:

Podpis pověřeného pracovníka:

Podpis klienta:

Vyplní službu konající SZP nebo vedoucí domova – sociální pracovnice

Zapsala:

Vyplní službu konající sestra na oddělení při odchodu a příchodu klienta

Skutečné datum a čas odchodu:

Podpis SZP:

Skutečné datum a čas návratu:

Podpis SZP: