

Příloha č. 3 OS /2024

Oznámení klienta o pobytu mimo zařízení HOSPITALIZACE

Jméno a příjmení klienta: Dieta č.

Jméno a příjmení oznamujícího:

Oznámené datum a čas odchodu klienta mimo zařízení:

Místo pobytu:

Podpis pověřeného pracovníka

Podpis klienta

Vyplní službu konající SZP nebo vedoucí domova, příp. sociální pracovnice.

Zapsal/a (čitelné jméno a příjmení):

Vyplní službu konající SZP při odchodu a příchodu klienta

Skutečné datum a čas odchodu klienta: podpis SZP:

Skutečné datum a čas návratu klienta: podpis SZP: