Príloha 3

Denná evidencia vyšetrení alebo úradných záležitostí prijímateľov sociálnych služieb (ďalej len „klienti“)

Názov zariadenia: Domov sociálnych služieb pre deti a dospelých Šoporňa - Štrkovec

Adresa zariadenia: Štrkovec č.10, 925 52 Šoporňa

Dátum: ........................

\*Ak klient vzhľadom na svoj zdravotný stav nie je schopný údaje dennej evidencie vypísať, resp. ich potvrdiť svojim podpisom, údaje do evidencie zadá a svojim podpisom potvrdí zodpovedný zamestnanec.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko klienta** | **Označenie účelu****(vyšetrenia/úradné náležitostí)** | **Čas odchodu zo zariadenia** | **Čas príchodu do zariadenia** | **Meno, priezvisko a podpis sprevádzajúcej osoby** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |