

# Ž Á D O S T

## o připojení k systému pomoci Signál v tísni

Žádám odbor sociálních věcí Magistrátu města Pardubic a Městskou policii v Pardubicích o připojení k systému pomoci Signál v tísni prostřednictvím pultu centralizované ochrany (dále jen SvT). Pro účely ochrany sděluji dobrovolně svá osobní data, informace o mém zdravotním stavu a další níže uvedené informace.

Dále prohlašuji, že jsem byl informován(a) o podmínkách připojení k systému SvT. S číselníkem přístroje nebudu bez přítomnosti technika manipulovat a souhlasím s tím, že v případě zneužívání bude moje linka odpojena.

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....Rodné číslo.....

Bydliště.....PSČ.....

Patro, dveře č.....Telefonní číslo.....

### **Osoby, které budou informovány v případě mimořádné události:**

Jméno a příjmení.....

Bydliště.....PSČ.....

Vztah k mé osobě.....Telefonní číslo.....  
(syn, dcera, přítel apod.)

### **Pro případ otevření mého bytu při použití SvT:**

- předám náhradní klíče od svého bytu městské policii dle podmínek SvT
- nepředám náhradní klíče, souhlasím s otevřením bytu násilím

*(nehodící se škrtněte)*

**Uved'te důvod žádosti:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **žádám o bezplatné připojení**
- **koupi a montáž přístroje si budu hradit sám(a)**

*(nehodící se škrtněte)*

V Pardubicích dne.....

.....  
podpis žadatele

## Zpráva lékaře

Potvrzuji tímto, že jsem lékařem

pana – paní ....., rodné číslo...../.....,  
a že jeho (její) zdravotní stav vyžaduje rychlou pomoc v nouzi. Se souhlasem pacienta  
připojuji některé důležité informace o jeho zdravotním stavu a dlouhodobě aplikovaných  
lécích, které mohou být rozhodující v případě zákroku Rychlé záchranné služby při akutní  
příhodě bezprostředně ohrožující život pacienta.

### **Zdravotní stav pacienta:**

(vyplňte, prosím, strojem nebo hůlkovým písmem)

.....  
.....  
.....  
.....

### **Dlouhodobě aplikované léky:**

.....  
.....  
.....

.....  
podpis a razítko lékaře

Souhlasím s použitím výše uvedených informací o mém zdravotním stavu v systému pomoci  
Signál v tísni pultu centralizované ochrany Městské policie Pardubice.

V Pardubicích dne.....

.....  
podpis pacienta