

Příloha č. 1

**VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE
O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

Informace pro lékaře

Níže jmenovaná/ý žádá o přijetí do sociální služby Chráněné bydlení Harmonie, příspěvková organizace. Cílovou skupinou chráněného bydlení jsou osoby s mentálním a vícenásobným postižením. V zařízení není přítomen lékař ani jiný zdravotník. V téměř všech střediscích chráněného bydlení je zajištěn 24hodinový dohled nad klienty, pouze středisko Chráněného bydlení SPC Krnov, nemá zajištěn 24hodinový dohled nad klienty.

Podmínkou přijetí do pobytové služby podle § 91 odst. 4., zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů je předložit poskytovateli před uzavřením smlouvy posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele.

1. OSOBNÍ ÚDAJE POSUZOVANÉ OSOBY

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	
Bydliště:	

2. VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Žadatel/ka má diagnostikováno (prosím uveďte přesnou diagnózu)	
Žadatel/ka se dokáže samostatně přemístit	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Žadatel/ka používá k pohybu berle/hole/invalidní vozík	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů (zdravotní stav vylučující poskytování pobytových sociálních služeb):	
Žadatel/ka je osobou, jejíž zdravotní stav aktuálně vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Žadatel/ka trpí akutní infekční nemocí	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Chování žadatele/ky by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití s ostatními klienty sociální služby	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne

Akutní zdravotní potíže, které mohou ovlivnit poskytování sociální služby v chráněném bydlení (např. tělesné/smyslové postižení, psychické obtíže, diabetes, epilepsie, alergie a jiné):

Odborní lékaři, které žadatel/ka pravidelně navštěvuje:

Další důležité údaje:

3. KONTAKTNÍ ÚDAJE LÉKAŘE

Zprávu vystavil/a:	
Adresa:	
Kontakt (telefon, příp. e-mail):	
Prohlašuji, že jsem uvedl/a pravdivé a nezkreslené informace o aktuálním zdravotním stavu posuzované osoby. Jsem si vědom/a, že poskytnutí neúplných nebo nepravdivých informací může být důvodem k neuzavření nebo ukončení Smlouvy o poskytování sociální služby.	
Dne:	Razítko a podpis lékaře