

## 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 mentální postižení   | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Žadatel/ka má diagnostikováno duševní onemocnění   | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Je duševní onemocnění prioritní?   | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| 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 |
| <b><i>Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů (zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb):</i></b> |                              |                             |
| Žadatel/ka je osobou, jejíž zdravotní stav aktuálně vyžaduje poskytnutí ústavní péče <b>ve zdravotnickém zařízení</b>  | <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):   |                         |
| <p>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.</p> |                         |
| Dne:   | Razítko a podpis lékaře |