

## **Vyjádření lékaře - příloha k Žádosti o poskytnutí sociální služby chráněné bydlení v programu Bydlení POHODA**

Chráněné bydlení je sociální služba, kterou poskytujeme prostřednictvím programu Bydlení POHODA. Tato služba umožňuje lidem s postižením žít životem, který se co nejvíce podobá životu jejich vrstevníků. Naše služba je určena **dospělým lidem s mentálním postižením ve věku od 19 do 80 let**. Chráněné bydlení POHODA má formu **skupinového bydlení**.

Uživatelům poskytují podporu asistenti, kteří do bytu pravidelně docházejí dle potřebného rozsahu služby na jednotlivých bytech. Zaměřujeme se na aktivity potřebné k osamostatnění se v bydlení. Podle svých schopností se uživatelé podílí na chodu bytu – úklid, vaření, nákupy, hospodaření s penězi, péči sám o sebe, cestování po městě.

---

### **ŽADATEL O CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ**

příjmení, jméno:

datum narození:

bydliště:

### **Žadatel spadá do cílové skupiny osob s mentálním postižením podle MNK 10 (F70-F79)**

ANO      NE\*

\* pokud žadatel nespadá do cílové skupiny, není třeba dotazník dále vyplňovat

### **ANAMNÉZA**

#### **Rodinná anamnéza:**

(dřívější výskyt v rodině: demence, Alzheimerova choroba, diabetes mellitus, nádorová onemocnění, psychiatrická onemocnění, kardiologická onemocnění, obezita aj.)

**Osobní anamnéza:**

(jaké postižení a v jakém věku lékaři diagnostikovali, např. DMO, Downův syndrom aj., diabetes mellitus, nádorová onemocnění, psychiatrická onemocnění, kardiologická onemocnění, obezita aj. )

**DALŠÍ INFORMACE**

Epilepsie: ANO NE

Alergie: ANO (jaké)..... NE

.....

Zrakové postižení: ANO (jaké)..... NE

Sluchové postižení: ANO (jaké)..... NE

Omezení v pohybu: ANO (jaké)..... NE

Kompenzační pomůcky vč. zubní náhrady:

ANO (jaké)..... NE

Dieta ANO (jaké)..... NE

Bacilonosičství ANO (jaké)..... NE

TBC ANO NE

**Aktuální medikace (užívané léky):**

**Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení:**

ANO

NE

**Trpí žadatel infekční nemocí, kvůli které není schopen pobytu v zařízeních sociálních služeb:**

ANO

NE

**Chování žadatele by z důvodu duševního onemocnění závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití a pobyt ve skupině:**

ANO

NE

**Jiné důležité okolnosti, které by mohly mít vliv na poskytování služby chráněného bydlení (závislosti, sklony k sebepoškozování, dodržování léčebného režimu, projevy agrese, aj.):**

## **OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘI**

### **praktický lékař**

jméno: .....

adresa: .....

telefon: .....

### **psychiatr**

jméno: .....

adresa: .....

telefon: .....

### **psycholog**

jméno: .....

adresa: .....

telefon: .....

**Je-li žadatel v péči dalšího specializovaného zdravotnického zařízení (plicního, kožního, aj.), uveďte:**

Je-li žadatel v péči psychiatra, je nedílnou součástí aktuální psychiatrická zpráva (maximálně 3 měsíce stará, anamnéza, současný stav, hospitalizace, deviantní chování, fobie aj.) se závěrem – schopen / neschopen pobytu v chráněném bydlení.

V .....

Dne .....

Vyplnil: .....

Razítko:

Vyjádření lékaře nesmí být starší 3 měsíců.

Úhradu spojenou s vyplněním tohoto formuláře hradí žadatel.