

Vyjádření odborného lékaře z oblasti psychiatrie ke zdravotnímu stavu žadatele

Jméno a příjmení žadatele:	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	

Informace pro lékaře:

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Váš pacient/pacientka,
pan/paní.....

narozen/a, projevil/a zájem využívat služeb Sociální rehabilitace Charity Zábřeh. Tato služba je poskytována terénní a ambulantní formou lidem z regionu Šumperska, Zábřežska a Mohelnicka. Služba je určena lidem ve věku od 18 do 64 let s duševním onemocněním z oblasti psychóz, afektivních a neurotických poruch. Jde o dospělé osoby, u nichž je stabilizovaný zdravotní stav, ale z důvodu duševního onemocnění ocitají v sociální izolaci a dočasně nejsou schopny obstát v běžném životě bez pomoci.

Sociální rehabilitace poskytuje sociální služby dle §70 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a §35 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Jedná se o ambulantní a terénní službu, která dle výše uvedené legislativy poskytuje podporu při nácviku dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činnostech vedoucích k sociálnímu začlenění (nácvik obsluhy běžných zařízení, nácvik péče o domácnost, nácvik samostatného pohybu a orientace ve vnitřním a venkovním prostředí, nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, pomoc při předcházení krizi apod.). Služba rovněž poskytuje aktivizační, výchovné a vzdělávací činnosti a zprostředkovává kontakt se společností. Prostřednictvím těchto aktivit směřuje uživatele k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti.

Ambulantní služba slouží k časově vymezenému pobytu osmi uživatelům a podmínkou je tedy schopnost kolektivního soužití uživatele. Terénní forma je poskytována v domácnosti či přirozeném prostředí uživatele jedním terénním pracovníkem.

Služby nejsou určeny:

- lidem, kteří vyžadují celodenní péči,
- lidem s dekompenzovaným psych. onemocněním,
- lidem užívajícím návykové látky, s následnými negativními projevy v jejich chování a jednání.

Vyjádření lékaře:

Žádáme Vás o vyjádření, zda žadatel o sociální službu Sociální rehabilitace, je osobou s duševním onemocněním z oblasti psychóz, afektivních a neurotických poruch, je pod dohledem odborného lékaře a jeho stav je stabilizován

§ ANO, JE

§ NE, NENÍ

*nehodící se škrtněte

V případě, že žadatel o službu je osobou s chronickým duševním onemocněním, zaznačte, prosím, do které konkrétní kategorie osob patří:

- osoby s duševním onemocněním z oblasti psychóz
- osoby s duševním onemocněním z oblasti afektivních poruch
- osoby s duševním onemocněním z oblasti neurotických poruch

*nehodící se škrtněte

Jsou Vám známy kontraindikace, které by vylučovaly přijetí žadatele do služby Sociální rehabilitace?

- ANO, jde o osobu vyžadující celodenní péči,
- ANO, jde o osobu s dekompenzovaným psychickým onemocněním,
- ANO, jde o osobu užívající návykové látky, s následnými negativními projevy v jejím chování,
- NE
- JINÉ, uveďte jaké:.....

*nehodící se škrtněte

Další důležité informace pro poskytování služby či nastavení spolupráce (např.: potřebná specifická péče či rizikové faktory, které mohou mít vliv na průběh služby), prosíme o laický výklad:

.....
.....

V

dne:

Razítko a podpis lékaře

Děkuji za Váš čas a spolupráci, s pozdravem
Petra Mašková, vedoucí služby

Vyjádření zájemce/žadatele

Já,, souhlasím s poskytnutím informací o mém zdravotním stavu. S žádostí o vyjádření lékaře jsem byl/a podrobně seznámen/a. Zároveň souhlasím s tím, že v případě zhoršení mého zdravotního stavu se sociální pracovníci Sociální rehabilitace mohou obrátit na mého lékaře, o tomto zhoršení jej informovat a tuto skutečnost konzultovat.

.....
Podpis zájemce o službu

