

POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

do Chráněného bydlení pro klienty s mentálním postižením - Fontána p.o.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSUZOVANÉ OSOBY:

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa trvalého pobytu (popř. místo pobytu na území ČR, jde-li o cizince):	

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍ PÉČE, KTERÝ POSUDEK VYDAL:

Název vč. jména a příjmení lékaře:	
------------------------------------	--

ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU:

Tento posudek je vydáván pro účely posouzení žádosti o přijetí výše jmenovaného do bytové sociální služby chráněné bydlení dle § 51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Informace pro lékaře:

Služba je určena dospělým lidem s mentálním postižením (v pásmu lehkého, nebo středního mentálního postižení), kombinovaným postižením (mentální + tělesné, smyslové postižení, autistické rysy) či duálním postižením (mentální + duševní postižení), kteří potřebují podporu a pomoc druhé osoby při zvládání záležitostí každodenního života, a to takovou, kterou není možné zajistit terénní sociální službou.

Služba není určena:

- osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování péče ve zdravotnickém zařízení nebo osobám s akutním infekčním onemocněním
- osobám, které v posledních šesti měsících využívaly služby Chráněného bydlení, a byla s nimi ukončena smlouva o poskytování sociální služby z důvodu porušení dohodnutých pravidel

POSUDKOVÉ ZÁVĚRY:

Je u posuzované osoby diagnostikováno mentální postižení?

☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, uveďte stupeň, popř. další důležitá sdělení:

Je u posuzované osoby diagnostikováno duševní onemocnění?

☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, uveďte, o jaký typ se jedná, popř. další důležitá sdělení:

Je u posuzované osoby diagnostikována závislost? (alkohol, omamné látky, léky aj.)

☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, uveďte, o jaký typ se jedná, a jaké jsou aktuální projevy závislosti, popř. další důležitá sdělení:

Je u posuzované osoby diagnostikováno jiné závažné onemocnění (vč. infekčních)?

☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, uveďte, o jaký typ se jedná, popř. další důležitá sdělení, včetně speciální péče:

Vyskytují se u posuzované osoby projevy chování, které by závažným způsobem narušovaly kolektivní soužití? (Např. fyzická/verbální agrese aj.)

☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, uveďte, o jaké projevy se jedná:

POTVRZENÍ: žadatel spadá do okruhu osob, kterým může být poskytnuta služba CHB

☐ ANO ☐ NE

Potřebuje pomoc jiné fyzické osoby; má sníženou soběstačnost z důvodu mentálního, nebo kombinovaného postižení; nepotřebuje ústavní péči zdravotnického zařízení; netrpí akutním infekčním onemocněním, které znemožňuje pobyt v zařízení sociální péče.

Datum vydání posudku:

Podpis lékaře:

Razítko poskytovatele zdravotních služeb:

Poučení: Podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, může posuzovaná osoba podat návrh na přezkoumání tohoto lékařského posudku do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovateli zdravotních služeb, který posudek vydal.