

POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

do Chráněného bydlení pro klienty s duševním onemocněním - 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): | |

ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU:

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

Informace pro lékaře: Chráněné bydlení je určeno dospělým osobám (od 18 let věku), jejichž cílem je žít plnohodnotný samostatný život, ale z důvodu chronického duševního onemocnění, převážně schizofrenie, psychózy, afektivní poruchy, nebo organického psychosyndromu, mají sníženou soběstačnost a v současné době jejich situace vyžaduje pomoc či podporu jiné fyzické osoby v běžných záležitostech každodenního života.

Negativní vymezení – (neumíme poskytnout službu těmto lidem) -

- Osoby závislé na návykových látkách (alkohol, jiné drogy, vyjma nikotinu), kteří nejsou v prokazatelné abstinenci minimálně 2 roky.
- Osoby, které mají lékařem potvrzené agresivní projevy související s jejich duševním onemocněním a závažně by narušovaly kolektivní soužití.
- Osoby se smyslovým postižením, které potřebují specificky upravené prostředí a podmínky
- Osoby s mentálním postižením, nebo snížením intelektu na základě jiné příčiny.
- Osoby s poruchou autistického spektra, s primární diagnózou poruchy osobnosti, s diagnostikovanou demencí.

POSUDKOVÉ ZÁVĚRY:

Je u posuzované osoby diagnostikováno duševní onemocnění?

ANO NE

Pokud ano, uveďte jaké jsou projevy nemoci

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 chronického duševního onemocnění; nepotřebuje ústavní péči zdravotnického zařízení; netrpí akutním infekčním onemocněním, které znemožňuje pobyt v zařízení sociální péče.

Datum vydání posudku:

Název včetně jména lékaře:

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.