**PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ,**

**Čs. brigády 132, 768 61 Bystřice pod Hostýnem**

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

k přijetí zájemce do terénní sociální služby – podpory samostatného bydlení

poskytující péči lidem s mentálním postižením

Jméno a příjmení zájemce:

Datum narození zájemce:

Typ a stupeň postižení (označte):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mentální**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lehké | Středně těžké | Těžké | Hluboké |

 | **Duševní** | **Tělesné** |

V případě přidruženého zdravotního postižení, prosím uveďte JAKÉ:

Komentář:

VYBERTE A OZNAČTE, PROSÍM:

a) zdravotní stav zájemce vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,

ANO NE

Rizika při poskytování sociální služby (agrese, zvláštní potřeby apod.) vypište:

**DALŠÍ ÚDAJE:**

Schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE

V případě, že ne, je zájemce imobilní ČÁSTEČNĚ ÚPLNĚ

Je schopen se sám obsloužit ANO ČÁSTEČNĚ ÚPLNĚ

Inkontinence ANO NE občas

Negativní projevy v chování ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO, SPECIFIKUJTE JAKÉ

Závislosti ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO, SPECIFIKUJTE JAKÉ

Projevy agrese VŮČI OKOLÍ ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO SPECIFIKUJTE JAKÉ

AUTOAGRESE ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO SPECIFIKUJTE JAKÉ

Potřeba nepřetržité zdravotní péče ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO SPECIFIKUJTE JAKÉ

JINÉ PODSTATNÉ INFORMACE KE ZDRAVOTNÍMU OMEZENÍ (PROSÍM VYPIŠTE):

Dne:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře