

Lékařské potvrzení pro službu chráněné bydlení Deštník

Vyplňte, prosím, údaje o zájemci o službu

Jméno a příjmení zájemce:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Vyplňte, prosím, údaje o psychiatrické léčbě:

Diagnóza zájemce:.....

SLUŽBA CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Posláním chráněného bydlení Charity Opava je poskytnout osobám s duševním onemocněním, které mají trvalý pobyt na území Moravskoslezského kraje, takovou individuální podporu, aby byly po ukončení využívání této pobytové služby schopny bydlet samostatně v přirozeném prostředí podle svých možností a schopností.

Cílem služby je, aby uživatel během pobytu nebo po jeho ukončení buď získal samostatné bydlení v přirozeném prostředí, případně v jiném vhodném prostředí podle svých potřeb a možností nebo získal či si udržel takové dovednosti, které mu samostatné bydlení umožní - tzn. dokáže vést domácnost, umí zacházet a žít se svou nemocí, umí samostatně využívat služby, které potřebuje a umí navazovat přirozené sociální vztahy (rodina, přátelé).

Cílová skupina

Naším klientem se může stát zájemce o službu:

- který je osobou s duševním onemocněním ve věku 18–65 let, s diagnózou **F20 – F33**, která má aktuálně stabilizovaný psychický stav;
- jejíž zdravotní stav je kompenzován, v případě závislosti na alkoholu, drogách a automatech prokazatelně nejméně rok abstínuje.

A zároveň tato osoba není:

- osobou s kombinovaným tělesným, mentálním nebo smyslovým postižením,
- osobou nesouhlasící s vnitřními pravidly služby,
- osobou, která není schopna samostatně zvládat základní úkony osobní hygieny a sebeobsluhy,
- osobou s agresivním chováním (diagnostikováno lékařem).

Zájemce o službu dle lékařského posouzení splňuje podmínky cílové skupiny dle výše uvedených informací.

☐ ANO☐ NE

Poznámka lékaře:

.....

.....

.....

Vyjádřete se, prosím, k okolnostem, které mohou mít vliv na vzájemnou spolupráci mezi zájemcem a organizací (dodržování léčby, pravidelné kontroly):

.....

.....

Zájemce je schopen sám sebe obsloužit:

☐ ANO☐ NE

Abstinence od návykových látek delší než 1 rok:

☐ ANO☐ NE

Uveďte, prosím, zda má zájemce o službu jiná zdravotní omezení, která bychom měli znát ve vztahu k poskytování služby:

Žloutenka

☐ ANO☐ NE

Diabetes

☐ ANO☐ NE

Epilepsie

☐ ANO☐ NE

Alergie

☐ ANO, jaká☐ NE

Dieta

☐ ANO, jaká☐ NE

Datum: **Podpis a razítko lékaře:**

Další informace o službě Charity Opava Vám můžeme sdělit na tel. číslech: 739 002 710, 553 770 124.