

## Lékařské potvrzení pro službu chráněné bydlení Charita Opava

### 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 schopni 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 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.
- Zdravotní stav této osoby je kompenzován, v případě závislosti na alkoholu, drogách a automatech prokazatelně nejméně rok abstinuje.

#### 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 (diagnostikována 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.**