

## Lékařské potvrzení pro službu následné péče 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 NÁSLEDNÉ PÉČE

**Posláním** služby je poskytovat lidem s duševním onemocněním takovou míru podpory, která umožňuje zlepšení kvality jejich života a začlenění do společnosti.

#### Cíle služby

1. Stabilizace klienta v oblasti bydlení, zdraví, hospodaření s penězi, zaměstnání, vzdělání, trávení volného času.
2. Získání a udržení dovedností potřebných k samostatnějšímu životu klienta v oblastech péče o sebe a péče o domácnost.
3. Umožnění získávat a udržet nové společenské kontakty a nabízet příležitosti k aktivnímu trávení dne.
4. Prevence opakujících se hospitalizací ve zdravotnických zařízeních psychiatrické péče.
5. Prevence rizikového způsobu života (zadlužení, bezdomovectví, drogy, alkohol atd.).

#### Cílová skupina

Naším klientem se může stát zájemce o službu, který je:

- Osoba s duševním onemocněním z okruhu **psychóz a neuróz (F20 – F33)** ve věku 18 – 65 let z Moravskoslezského kraje. Zdravotní stav těchto osob je kompenzován, v případě závislosti na alkoholu, drogách a automatech prokazatelně nejméně rok abstinují.

A zároveň tato osoba není:

- Osoby s kombinovaným tělesným, mentálním nebo smyslovým postižením.
- Osoby nesouhlasící s vnitřními pravidly služby.
- Osoby, které nejsou schopny samostatně zvládat základní úkony osobní hygieny a sebeobsluhy.
- Osoby, které potřebují bezbariérový přístup (služba následné péče aktuálně nemá k dispozici takové prostory).
- Osoby 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 následné péče Charity Opava Vám můžeme sdělit na tel. číslech:  
739 002 710, 553 770 124**