

Lékařské potvrzení pro službu následné péče – ambulantní 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 - ambulantní

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

Lidé s duševním onemocněním z okruhu **psychóz a neuróz (F20 – F39, F40 – F48, F60 – F62)** 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. Zároveň také platí, že tyto osoby jsou ochotny spolupracovat na vytváření a naplňování individuálních cílů v souladu s cíli a posláním služby.

Negativní cílová skupina

- 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**