

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ ZÁJEMCE DO CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ

Jedná se o pobytovou sociální službu pro osoby s těžkým zrakovým postižením a pro osoby s lehkým mentálním postižením. Personál je složen ze sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Součástí týmu nejsou zdravotničtí pracovníci. Přítomnost personálu není zajištěna nepřetržitě.

Prosíme o posouzení, zda můžeme z Vašeho pohledu službu Chráněné bydlení poskytnout.

Údaje o zájemci / zájemkyni

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Zájemce vyžaduje 24hodinovou zdravotní péči

ANO x NE

Zájemce spadá do cílové skupiny

Lehké mentální znevýhodnění	ANO x NE
-----------------------------	-------------------------------

Těžké zrakové znevýhodnění	ANO x NE
<input type="checkbox"/> Úplná nevidomost	
<input type="checkbox"/> Praktická nevidomost	
<input type="checkbox"/> Těžká slabozrakost	
<input type="checkbox"/> Ztráta jednoho oka nebo ztráta visu jednoho oka se závažnější poruchou zrakových funkcí na druhém oku	

Jiné (doplňte prosím jaké)

.....

Zájemce má duševní onemocnění, které by narušovalo kolektivní soužití
(V případě ano, doplňte prosím, o jaké projevy by se jednalo)

ANO x NE

.....
.....
.....
.....

**V době vydání tohoto vyjádření zájemce trpí infekční nemocí, která by
znemožňovala přijetí do pobytové služby chráněné bydlení**

ANO x NE

**Jiná důležitá sdělení či doporučení týkající se zdravotního stavu, která
mohou ovlivnit poskytování pobytové služby.**

--

V.....dne.....

Razítko a podpis lékaře