

## Lékařské potvrzení pro službu chráněné bydlení Deštník Charity 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 DEŠTNÍK

**Posláním** chráněného bydlení Deštník 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 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, který splňuje následující kritéria:

- **Věk:** 18 až 65 let.
- **Zdravotní stav:** Diagnóza v rozmezí F20 – F33 s aktuálně stabilizovaným psychickým stavem.
- **Abstinence:** V případě závislosti na alkoholu, drogách či automatech prokazatelně abstinuje nejméně 6 měsíců.

#### Služba není určena pro:

- Osoby s kombinovaným postižením (tělesným, mentálním nebo smyslovým).
- Osoby, které nejsou schopny samostatně zvládat základní úkony osobní hygieny a sebeobsluhy.
- Jedince s agresivním chováním diagnostikovaným 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 alespoň 6 měsíců:

 ANO NE

**Uvedte, 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 chráněného bydlení DEŠTNÍK Charity Opava Vám můžeme sdělit na tel. číslech: 739 002 710, 553 770 124.**