**ZPRÁVA LÉKAŘE O AKTUÁLNÍM ZDRAVOTNÍM STAVU**

**Informace pro lékaře:**

Níže jmenovaná/ý žádá o přijetí do sociální služby Chráněné bydlení Skryje. Cílovou skupinou Chráněného bydlení Skryje jsou osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením.

Podmínkou přijetí do pobytové služby podle § 91 odst. 4, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je předložit poskytovateli před uzavřením smlouvy posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu.

|  |  |
| --- | --- |
| **Osobní údaje posuzované osoby** | |
| **Jméno** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Bydliště** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjádření praktického lékaře**  (Vyjádřete se, prosím ke každé následující položce) | |
| Žadatel/ka je osobou s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením | □ ANO □ NE |
| Žadatel/ka je osobou, jejíž zdravotní stav aktuálně vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve **zdravotnickém** zařízení | □ ANO □ NE |
| Žadatel/ka se dokáže přemístit | □ ANO □ NE |
| Žadatel/ka používá k pohybu berle/hole/invalidní vozík | □ ANO □ NE |
| Žadatel/ka trpí akutní infekční nemocí | □ ANO □ NE |
| Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití s ostatními uživateli služby | □ ANO □ NE |

|  |
| --- |
| **Aktuální zdravotní obtíže, se kterými je nutno počítat při poskytování sociální služby (např. tělesné/smyslové postižení, mobilita, epilepsie, diabetes,…)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Kontaktní údaje lékaře** |
| Zprávu vystavil/a (jméno lékaře):  Adresa:  Kontakt (telefon, příp. email): |
| Prohlašuji, že jsem uvedl/a pravdivé a nezkreslené informace o aktuálním zdravotním stavu posuzované osoby. Jsem si vědom/a, že poskytnutí neúplných nebo nepravdivých informací může být důvodem k neuzavření nebo ukončení Smlouvy o poskytování sociální služby. |
| Dne: Razítko a podpis lékaře |