



Potvrzení registrujícího praktického lékaře o zdravotní způsobilosti

Vážený pane doktore/paní doktorko,

Prosíme Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Informace od Vás jsou pro nás důležité pro možné přijetí pana/paní..... do služby Chráněné bydlení při organizaci VOR Jihlava, z.ú. Vyplněný dotazník od Vás nám může velmi pomoci při mapování oblastí podpory, o kterých budeme společně se zájemcem o službu jednat.

Účelem této služby je pomoci lidem s duševním onemocněním při péči o svoji osobu a domácnost, podpořit je v začleňování do běžné komunity a posilovat jejich samostatnost.

Služba má charakter tréninkového bydlení za podpory sociálního pracovníka, rozsah podpory je však omezen, jak časově (Po-Pá od 8-16 hodin, o víkendech služba není zajištěna), tak i mírou podpory. Je zde nutná základní soběstačnost klienta.

Domácnost bydlení je určena pro spolužití dvou osob v bytě v centru města Jihlavy, každá osoba má samostatný pokoj. Byt není bezbariérový.

Děkujeme Vám za spolupráci při vyplňování.

Kontaktní osoba:

Veronika Šourková, DiS.

vedoucí služby CHB

tel.: 777 414 099, 567 210 861

Souhlasím/nesouhlasím s vyplněním potvrzení o mé zdravotní způsobilosti lékařem pro potřeby služby Chráněné bydlení, Sdružení VOR Jihlava, z.ú.

V Jihlavě dne

Podpis zájemce:

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je zájemce o poskytnutí pobytové služby povinen předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu (§91 odst. 4).

Žádáme Vás tímto, prosím, o vyjádření ve formuláři „Posudek o zdravotním stavu“.

.....

Posudek o zdravotním stavu

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Zdravotní stav posuzovaného vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, proto nemůže využívat službu chráněné bydlení?

ANO

NE

Posuzovaný má akutní infekční nemoc?

ANO

NE

Posuzovaný je schopen sebeobsluhy?

ANO

NE

Doporučuji posuzovaného do služby chráněné bydlení?

ANO

NE

Doplňující informace:

Datum:

razítko + podpis praktického lékaře

