**PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ,**

**TŘ. OSVOBOZENÍ 167, 765 02 OTROKOVICE**

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

k přijetí zájemce do terénní sociální služby – podpory samostatného bydlení

poskytující péči lidem s mentálním postižením

Jméno a příjmení zájemce:

Datum narození zájemce:

Typ a stupeň postižení (označte): Mentální

Lehké Středně těžké Těžké Hluboké

V případě přidruženého zdravotního postižení, prosím uveďte JAKÉ:

Komentář:

VYBERTE A OZNAČTE, PROSÍM:

a) zdravotní stav zájemce vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,

ANO NE

Rizika při poskytování sociální služby (agrese, duševní porucha/onemocnění, zvláštní potřeby apod.) vypište:

**DALŠÍ ÚDAJE:**

Schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE

V případě, že ne, je zájemce imobilní ČÁSTEČNĚ ÚPLNĚ

Je schopen se sám obsloužit ANO ČÁSTEČNĚ ÚPLNĚ

Inkontinence ANO NE občas

Negativní projevy v chování ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO, SPECIFIKUJTE JAKÉ

Závislosti ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO, SPECIFIKUJTE JAKÉ

Projevy agrese VŮČI OKOLÍ ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO SPECIFIKUJTE JAKÉ

AUTOAGRESE ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO SPECIFIKUJTE JAKÉ

Potřeba nepřetržité zdravotní péče ANO NE

V PŘÍPADĚ, ŽE ANO SPECIFIKUJTE JAKÉ

JINÉ PODSTATNÉ INFORMACE KE ZDRAVOTNÍMU OMEZENÍ (PROSÍM VYPIŠTE):

Dne:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře