

Vyjádření odborného lékaře z oblasti psychiatrie **ke zdravotnímu stavu žadatele**

Jméno a příjmení žadatele:	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	

Informace pro lékaře:

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
Váš pacient/pacientka,
pan/paní.....
narozen/a, projevil/a zájem využívat služeb Sociální rehabilitace Charity Zábřeh. Posláním služby Sociální rehabilitace je podporovat dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním v rozvoji schopností, dovedností, samostatnosti a odpovědnosti tak, aby se mohly začlenit do každodenního života a aktivit, které jsou běžné pro jejich vrstevníky. Tato služba je poskytována terénní a ambulantní formou lidem z regionu Šumperska, Zábřežska a Mohelnicka. Služba je určena lidem ve věku od 18 do 64 let. Jde o dospělé osoby, u nichž je stabilizovaný zdravotní stav, ale z důvodu duševního onemocnění se ocitají v sociální izolaci a dočasně nejsou schopny obstat v běžném životě bez pomoci. Služba je poskytována zdarma.
Sociální rehabilitace poskytuje sociální služby dle §70 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a §35 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Služba není určena:

- osobám, které vyžadují celodenní péči
- osobám s dekompenzovaným psychickým onemocněním
- osobám užívajícím návykové látky
- osobám s mentálním postižením

Vyjádření lékaře:

Žádáme Vás o vyjádření, zda žadatel o sociální službu Sociální rehabilitace je osobou s chronickým duševním onemocněním, je pod dohledem odborného lékaře a jeho stav je stabilizovaný.

- ANO, JE
- NE, NENÍ

Jsou Vám známy kontraindikace, které by vylučovaly přijetí žadatele do služby Sociální rehabilitace?

- ANO, jde o osobu vyžadující celodenní péči
- ANO, jde o osobu s dekompenzovaným psychickým onemocněním
- ANO, jde o osobu užívající návykové látky
- ANO, jde o osobu s mentálním postižením
- JINÉ, uveďte jaké:.....
- NE

Další důležité informace pro poskytování služby:

.....
.....

V

dne:

.....
Razítko a podpis lékaře

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Bc. Petra Mašková, vedoucí služby, tel: 735 764 444

