**Příloha č. 5, pokyn č.3 Jednání se zájemcem o sociální službu**

KARMEL Tichá, Domov pro osoby se zdravotním postižením

**Posudek o zdravotním stavu zájemce o službu**

**- příloha žádosti o přijetí**

**Vážený pane doktore,**

žádám Vás o poskytnutí informací o zdravotním stavu zájemce o  sociální službu: domov pro osoby se zdravotním postižením. Jde o pobytovou službu určenou mobilním dospělým osobám se středním až těžkým mentálním postižením, popř. s přidruženým kombinovaným postižením či poruchami autistického spektra. - Dle § 91 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách je osoba žádající o poskytnutí pobytové služby mimo zdravotnické zařízení povinna předložit poskytovateli sociální služby posudek registrujícího ošetřujícího praktického lékaře o zdravotním stavu.

Razítko a podpis zástupce střediska KARMEL Tichá:

Jméno a příjmení zájemce o službu…………………………………… Datum narození……………

**Potvrzení informací o tom, zdali zájemce o službu spadá do naší cílové skupiny** *(vyplňte prosím dle skutečnosti, popř. blíže specifikujte)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Pásmo mentální retardace** *(nehodící se škrtněte)* | lehká  středně těžká těžká hluboká nespecifikovaná jiná |
| Je zájemce **schopen samostatného pohybu v zařízení** (v zařízení jsou schody, výtah…)**?** | ano - ne |
| **Jde o osobu s psychiatrickou diagnózou, která převyšuje nad mentálním postižením?**  **Pokud má zájemce o službu psychiatrickou diagnózu**, která může způsobovat rizika či vážnější problémy v soužití s ostatními klienty, **specifikujte prosím závažnost projevů klienta** | ano - ne |
| **Jde o osobu s vážnějšími agresivními projevy vůči okolí?**  **Pokud ano, specifikujte** prosím blíže povahu agresivních projevů | ano - ne |
| **Vyžaduje denní lékařskou službu?** | ano - ne |
| **Je závislý na alkoholu či drogách** (fáze závislosti, kdy se neobejde bez pravidelnějšího přísunu drogy či alkoholu)? | ano - ne |

**Další zdravotní informace, které bychom měli vědět v zájmu omezení rizik a přizpůsobení naší služby individuálním potřebám klienta** (např. epilepsie, porucha autistického spektra, sluchové, zrakové postižení, cukrovka, alergie, celiakie, popř. jiná nemoc nebo postižení vyžadující specifický přístup či dietní opatření):

**Odborní lékaři, které zájemce o službu navštěvuje**:

**Potvrzuji, že zájemce o službu je zdravotně způsobilý k nástupu do kolektivního pobytového zařízení sociálních služeb pro zdravotně postižené osoby.**

Datum + razítko a podpis ošetřujícího lékaře (včetně kontaktních údajů):