*Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,*

*dovoluji si Vás požádat o vyplnění formuláře „Vyjádření lékaře o zdravotním stavu“, který je podmínkou pro poskytování sociální služby ve středisku BETHEL Karviná.*

*Podmínkou pro přijetí zájemce do služby* ***azylový dům*** *střediska BETHEL Karviná, je doložení Vyjádření lékaře o zdravotním stavu. §91(3)c**zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a §36 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.*

*Středisko BETHEL Karviná - služba azylový dům, uživatelům služby poskytuje:*

* *Stravu, vytvoření podmínek nebo pomoc s přípravou stravy,*
* *ubytování,*
* *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*
* *sociálně terapeutické činnosti.*

*V azylovém domě není zajištěna zdravotní péče a ubytovaná osoba musí být soběstačná a samostatná v běžných úkonech. Osoba tedy musí být schopna starat se o osobní hygienu, udržovat pořádek, být soběstačná při jídle, oblékání.*

*Středisko není bezbariérové, osoba tedy musí být schopna pohybu po schodech a být orientovaná místem, osobou a časem.*

*Děkuji za Vaši spolupráci.*

*Bc. Jana Brzezinová*

*vedoucí střediska BETHEL Karviná*

**---------------------------------------------------------------------------------------------**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU**

**– služba azylový dům**

….………………………… ………………………… …………….

příjmení jméno pojišťovna

…………………………… ………...………………………………………..….

datum narození trvalé bydliště

Zdravotní stav vyžaduje poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení …. **ANO NE**

Trpí akutní infekční nemocí ……………………………………...……………… **ANO NE**

Chování by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem

narušovalo kolektivní soužití ………………………………………………….… **ANO NE**

*Poznámka:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dne ………………………….. …………………..……………………….

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře