*Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,*

*prostřednictvím zájemce o naši pobytovou službu si Vás tímto dovoluji požádat o vyplnění formuláře „Posudek lékaře o zdravotním stavu zájemce o službu ve středisku BETHEL Karviná“.*

*Podmínkou pro přijetí zájemce do služby* ***sociální rehabilitace*** *střediska BETHEL Karviná, je doložení Posudku lékaře o zdravotním stavu. §91(3)c**zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a §36 prováděcí vyhlášky č. 506/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)*

*Středisko BETHEL Karviná - služba sociální rehabilitace, uživatelům služby poskytuje:*

* *poskytnutí ubytování,*
* *poskytnutí stravy,*
* *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
* *nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu,*
* *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
* *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
* *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

*V sociální rehabilitaci není zajištěna zdravotní péče a ubytovaná osoba musí být soběstačná a samostatná v běžných úkonech.*

***Nemůžeme proto ubytovat osoby,*** *které**nekomunikují, nezvládají samostatně chůzi po schodech ani za pomoci kompenzačních pomůcek, jsou zcela nebo částečně imobilní, potřebují pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu např. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změně polohy, pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu ve vnitřním a vnějším prostoru.*

*Středisko není bezbariérové, zájemce tedy musí být schopen pohybu po schodech a být orientovaný místem, osobou a časem.*

*Děkuji za Vaši spolupráci. Bc. Jana Brzezinová*

 *vedoucí střediska BETHEL Karviná*

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

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**o zdravotním stavu zájemce o službu**

**BETHEL Karviná, sociální rehabilitace**

**Zájemce:**  ………………………… ………………………… …………….

 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