**POSUDEK REGISTRUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE  
O ZDRAVOTNÍM STAVU**

Potvrzení o zdravotním stavu pro účely poskytování pobytové služby Azylový dům pro matky s dětmi střediska SÁRA Frýdek-Místek, podle § 57 zákona č. 180/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Podle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona   
o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se poskytnutí pobytové sociální služby vylučuje, jestliže:

1. zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,s výjimkou sociálně-zdravotní lůžkové péče poskytované v rámci zařízení odlehčovacích služeb, týdenních stacionářů, domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem,
2. osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo
3. chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

**Toto potvrzení je nezbytným předpokladem pro uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby a je platný 14 dní.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**Žadatelka** …………………………………………………………………………………

**Datum narození** ………………………

**Bydliště** …………………………………………………………………………………

1. Zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení **ANO-NE**
2. Trpí akutní infekční nemocí **ANO-NE**
3. Duševní porucha může závažným způsobem narušovat kolektivní soužití **ANO-NE**

Potvrzujeme, že zdravotní stav výše uvedené **nevylučuje** – **vylučuje \*** poskytnutí pobytové sociální služby Azylový dům pro matky s dětmi ve středisku SÁRA Frýdek-Místek.

Datum a místo: ………………………………………………………

Razítko a podpis lékaře: ……………………………………………..

|  |  | |
| --- | --- | --- |
|  |  | |