

Diakonie ČCE - středisko BETLÉM, Císařova 394/27, 691 72 Klobouky u Brna
Chráněné bydlení Mirandie v Brumovicích

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O POSKYTNUTÍ SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE

Vážený pane doktore/Vážená paní doktorko,

Váš pacient se na Vás obrací s žádostí o vyplnění tohoto formuláře, ve kterém zhodnotíte vhodnost pobytu Vašeho pacienta v našem zařízení sociálních služeb. Lékařský posudek je součástí žádosti o poskytnutí sociální služby Chráněném bydlení Mirandie v Brumovicích.

Cílovou skupinu tvoří dospělí lidé (tj. osoby starší 18-ti let):

- s mentálním postižením
- s mentálním postižením a poruchami autistického spektra
- s mentálním a kombinovaným postižením.

Obecně se jedná o osoby s vysokou mírou závislosti na pomoci jiné osoby, jejichž zdravotní postižení a rodinná situace vyžaduje celoroční individuální podporu a péči včetně celoročního ubytování a stravování. Služba je určena pro osoby trvale žijící v Jihomoravském kraji, které jsou v době nástupu do služby mladší 60-ti let.

Kapacita služby je 12 uživatelů, kteří žijí ve dvou samostatných domácnostech (tj. každá domácnost nabízí 6 lůžek v ložnicích a 2 denní místnosti).

Služby Chráněného bydlení Mirandie nejsou určeny zejména pro:

- 1) osoby, které nespádají do výše vymezené do cílové skupiny - tj. např. osoby s bydlištěm mimo území JM kraje nebo osoby s jiným druhem zdravotního postižení (např. osoby s primární psychiatrickou diagnózou)
- 2) osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje každodenní zdravotnickou péči,
- 3) osoby, u nichž lékař potvrdí psychiatrické onemocnění nebo poruchu, které znemožňují kolektivní soužití

Děkuji za spolupráci.

Bc. Lenka Stehlíková, DiS.

sociální pracovnice DČCE - střediska BETLÉM

stehlikova@betlem.org, +420 739 244 717

Osobní údaje o zájemci o sociální službu	Jméno a příjmení:
	Datum narození:
	Trvalé bydliště:
	Kontakt: telefon, e-mail:

Zdravotní stav, informace, které jsou nezbytné pro poskytování soc. služby (porucha paměti, koncentrace, řečové funkce, porozumění informacím apod.) - neuvádějte, prosím, diagnózy a odborné názvy:

Je žadatel alergický?
 ano ne
V případě, že ano, popište:

Uveďte, jaké kompenzační pomůcky žadatel používá?

Je žadatel inkontinentní?
 ano ne
V případě, že ano, jedná se o inkontinenci trvalou občasnou noční

Používá žadatel speciální hygienické pomůcky?

Má žadatel nějaká dietní omezení?
 ano, jaké?
 ne

Má žadatel projevy agresivního chování? (Specifikujte podobu tohoto chování, frekvenci, co je třeba ke zvládnutí této agresivity):

Má žadatel psychiatrické onemocnění, které znemožňuje kolektivní soužití?

ano ne

Je žadatel schopen navštěvovat kolektivní zařízení?

ano ne (z jakého důvodu?)

Vyžaduje žadatel zvláštní péči? Specifikujte, jakou:

Jiná důležitá sdělení a doporučení praktického lékaře:

Vzhledem ke zdravotnímu stavu a výše uvedeným informacím **doporučuji/nedoporučuji** pobyt v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Datum:

Razítko a podpis praktického lékaře:

.....

.....

Děkujeme Vám za spolupráci a vyplnění požadovaných údajů.