

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Váš pacient se na Vás obrací s žádostí o vyplnění formuláře, v kterém jde o posouzení, jestli je pro něj vhodná sociální služba Chráněné bydlení Nosislav (dále také CHBN).

Chráněné bydlení Nosislav

1. Chráněné bydlení Nosislav je komunitní pobytová služba, která nabízí možnost lidem se středním, těžkým postižením nebo chronickým onemocněním starším 40 let žít co nejvíce samostatně, a to formou bydlení v domácnosti, která se co nejvíce přibližuje běžnému způsobu života. Nabízí při tom asistenci a pomoc při zvládnání běžných aktivit a činností souvisejících s vedením domácnosti a sebeobsluhy.
2. Cílová skupina: Chráněné bydlení Nosislav je určené pro lidi se středním, těžkým postižením nebo chronickým onemocněním starším 40 let, kteří jsou v důsledku svého postižení nebo onemocnění ve své soběstačnosti omezeni tak, že potřebují podporu a asistenci.

Osoby, které nelze přijmout do CHBN:

- a. osoby v pokročilém stádiu demence,
- b. osoby se střední a těžkou mentální retardací,
- c. osoby s dlouhodobým duševním onemocněním,
- d. osoby s autismem,
- e. osoby verbálně či fyzicky agresivní nebo jinak výrazně neklidné,
- f. osoby, které nehovoří ani nerozumí českému jazyku,
- g. osoby, které vyžadují nepřetržitou péči (zdravotní nebo jinou).

UPOZORNĚNÍ: Pracovníci CHBN nejsou zdravotníci, nezajišťují zdravotní úkony.

Prosím, na základě výše uvedených informací zhodnoťte v následujícím formuláři, zda u pacienta doporučujete přijetí do služby CHBN.

S případnými dotazy se můžete obrátit na moji osobu. Děkuji za spolupráci.

Hana Prchalová

Vedoucí služby

Telefon: 737 218 420

E-mail: chbn@diakoniebrno.cz

Web: www.brno.diakonie.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ ZÁJEMCE DO CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ NOSISLAV

Jméno a příjmení zájemce:

Datum narození zájemce:

Trvalé bydliště zájemce:

Jméno, příjmení a bydliště opatrovníka:

NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE O ZÁJEMCI VYPLNÍ LÉKAŘ:

Uvedte, do jaké kategorie váš pacient spadá:

- a. Střední postižení (tělesné, zrakové, sluchové, případně v kombinaci)
- b. Těžké postižení (tělesné, zrakové, sluchové, případně v kombinaci)
- c. Chronické onemocnění, které ho omezuje v samostatném životě
- d. Jiné zdravotní postižení – uveďte, jaké má projevy _____

Do CHBN není možné přijmout osoby, s níže uvedenými onemocněními nebo projevy:

- a. osoby v pokročilém stádiu demence,
- b. osoby se střední a těžkou mentální retardací,
- c. osoby s dlouhodobým duševním onemocněním,
- d. osoby s autismem,
- e. osoby verbálně či fyzicky agresivní nebo jinak výrazně neklidné,
- f. osoby, které nehovoří ani nerozumí českému jazyku,
- g. osoby, které vyžadují nepřetržitou péči (zdravotní nebo jinou).

Potvrzuji, že výše uvedený zájemce o službu nemá uvedená onemocnění uvedená pod písmeny a-g.

Další vyjádření ke zdravotnímu stavu zájemce (**prosím, neuvádějte diagnózy** – tento formulář nebude uložen u zdravotnického personálu, ale u sociálního pracovníka, který hodnotí projevy žadatele):

Doporučuji – nedoporučuji u zájemce užívání sociální služby Chráněného bydlení Nosislav.

Potvrzuji, že zájemce netrpí v době vydání tohoto vyjádření žádnou infekční nemocí, která by znemožňovala přijetí do chráněného bydlení.

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře

Zájemce/opatrovník zájemce souhlasí s poskytnutím uvedených údajů Chráněnému bydlení Noslav Diakonie ČCE – střediska v Brně.

V _____ dne _____

podpis zájemce/zástupce zájemce

