Příloha č.1 k žádosti o přijetí

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**

ke zdravotnímu stavu žadatele o přijetí do Chráněného bydlení sv. Anežky.

Vážená paní doktorko / pane doktore, rádi bychom Vás požádali o vyplnění tohoto dotazníku za účelem efektivnějšího poskytování a plánování péče s našimi klienty. Cílem služby je získání nebo zdokonalení či stabilizování dovedností a schopností klientů potřebných k samostatnému životu. Klienti mají ve službě k dispozici samostatnou bytovou jednotku, kam za nimi podle nastaveného plánu péče dochází asistent. V případě potřeby Vám můžeme poskytnout další bližší informace o naší službě na tel. **739 389 281**.

**Upozorňujeme, že zařízení neposkytuje zdravotní péči, nedisponuje zdravotnickým personálem.**

**Žadatel:**

Jméno, příjmení .................................................................................................................

Datum narození. ................................................................................................................

Potvrzuji jako praktický lékař výše uvedené osoby, že:

* posuzovaná osoba **je / není** osobou s mentálním postižením
* posuzovaná osoba **trpí / netrpí** jiným duševním onemocněním
* posuzovaná osoba **je / není** aktuálně závislá (návykové látky, alkohol, gambling)
* zdravotní stav posuzované osoby **vyžaduje/ nevyžaduje** poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
* posuzovaná osoba **trpí/ netrpí** akutní infekční nemocí,
* posuzovaná osoba **trpí/ netrpí** jiným závažným onemocněním či infekcí mající výrazný vliv na jeho zdraví či zdraví okolí,
* chování posuzované osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem **narušovalo/ nenarušovalo** kolektivní soužití
* posuzovaná osoba **je / není schopna** sama jednat (pro účely uzavření smlouvy)

*Zák. 108/2006 Sb §91 (6) Osobu, která podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby.*

V ………….………… dne ………………… ……… …………………………………..

 Razítko a podpis lékaře