**Doporučení lékaře k využívání sociální služby Effety denního stacionáře**

(Vyplní praktický lékař nebo ošetřující psychiatr žadatele)

**Jméno a příjmení žadatele:** ………………………………………………………………………………

Datum narození: ………………………………………………………………………………………………

Trvalé bydliště: …………………………………………………………………………………………………

Mentální postižení ano ne

Stupeň mentálního postižení: ……………………………………………………………………………

Schopnost soužití ve skupině: ano ne

Závažné projevy agrese: ano ne

Infekční onemocnění: ………………………………………………………………………………………….

Závislosti (alkohol, drogy): ………………………………………………………………………………….

Důležitá zdravotní omezení: ………………………………………………………………………………….

Jiná důležitá sdělení: ……………………………………………………………………………………………

**Doporučují / nedoporučuji** přijetí žadatele do Effety denního stacionáře pro lidi s mentálním postižením a autismem.

Datum:

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře: ………………………………………………………

Žadatel souhlasí s poskytnutím uvedených údajů dennímu stacionáři Effeta. Žadatel souhlasí s kontaktováním svého praktického lékaře nebo psychiatra.

Datum a podpis žadatele: ……………………………………………….