

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ - BYDLENÍ K-PAX

Žádost vyplňuje zájemce o službu. Slouží k získání základních informací o zájemci a je podkladem pro vstupní pohovor. Žadatele uvádí pouze pravdivé údaje.

Datum přijetí žádosti:

Základní údaje:

Příjmení a jméno žadatele:

Datum a místo narození:

Trvalé bydliště:

Současný pobyt:

Telefon:

Email:

Rodinný stav:

Svéprávnost:

Pokud jste omezen/na ve svéprávnosti, uveďte prosím
v jakém rozsahu:

Jméno a kontakt na Opatrovníka, Zástupce či
Podpůrce:

Kontakt na příbuzného, blízkou osobu (v případě
potřeby):

Důvod k podání žádosti:

Zde uveďte, proč žádáte o naši sociální službu CHB/TB a co od ní očekáváte.

Údaje o Vaší finanční situaci:

Invalidní důchod / stupeň :

Ve výši:

Příspěvek na péči:

Jiné příspěvky:

Příjem ze zaměstnání:

Jiné příjmy:

Dluhy, exekuce:

**PSYCHIATRICKÉ VYJÁDŘENÍ K VYUŽÍVÁNÍ SLUŽBY
CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ FOKUS ČESKÉ BUDĚJOVICE**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Pan/í:

Datum narození:

má zájem o využívání naší služby Chráněné bydlení poskytované lidem s duševním onemocněním. Pro úspěšné přijetí žádosti, je potřeba i Vaše odborné vyjádření. Toto psychiatrické vyjádření bude vždy poskytováno do rehabilitačních služeb v souladu s potřebami klienta/tky s jeho/jejím vědomím a písemným souhlasem tj. podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Prosíme Vás tedy o laskavé vyplnění

Souhlasím s poskytnutím informací

Podpis klienta/ky:

Ošetřující psychiatr:

Údaje o psychiatrické léčbě

Psychiatrická diagnóza:

Celková délka psychiatrické léčby:

Poslední hospitalizace:

Duševní onemocnění/porucha chování způsobená
užíváním psychoaktivních látek -pokud ano jaká:

Ochranné léčení:

Klinický stav za posledních 6 měsíců
(spolupráce klienta v léčbě, zacházení s medikací...):

Rizikové tendence objevující se v dosavadním průběhu nemoci

(pokusy o sebepoškození, samovolné vysazování léků, agrese, sexuální obtěžování, zneužívání návykových látek):

Spouštěče relapsu/významné stresory

(Co způsobuje zhoršení zdravotního stavu? Jak se může zhoršení projevit? Co klientovi pomáhá?):

Další sdělení, doporučení či postřehy:

Z hlediska psychiatrické léčby NE/DOPORUČUJI klientovi využívat službu Chráněného bydlení

Odůvodnění:

Datum:

Podpis a razítko lékaře:

LÉKAŘSKÉ VYJÁDŘENÍ K VYUŽÍVÁNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ FOKUS ČESKÉ BUDĚJOVICE

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Pan/í:

Datum narození:

má zájem o využívání naší služby Chráněné bydlení poskytované lidem s duševním onemocněním. Pro úspěšné přijetí žádosti, je potřeba i Vaše odborné vyjádření. Toto vyjádření bude vždy poskytováno do rehabilitačních služeb v souladu s potřebami klienta/tky s jeho/jejím vědomím a písemným souhlasem tj. podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Prosíme Vás tedy o laskavé vyplnění

Souhlasím s poskytnutím informací

Podpis klienta/tky:

Vyjádření ošetřujícího lékaře (praktického) k osobě zájemce. Uveďte prosím, zda má zájemce o službu nějaká zdravotní omezení, která bychom měli vědět a dbát na jejich dodržování v souvislosti s pobytem a užíváním společných prostor a zařizovacích předmětů v domácnosti s jinými uživateli (např: epilepsie, žloutenka diabetes, diety,...)

Jméno praktického ošetřujícího lékaře:

Kontakt:

Vyjádření:

Infekční onemocnění:

Datum:	Podpis a razítko lékaře:
--------	--------------------------

Prohlášení žadatele, opatrovníka, že veškeré údaje uvedl správně a svým podpisem dává souhlas se shromažďováním osobních údajů podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů pro potřeby z.ú. FOKUS České Budějovice:

V dne

.....

Podpis žadatele
(zákonného zástupce)

Žádost posouzena (kdy a kým s jakým výsledkem):

Odůvodnění posouzení:

Poznámky: