



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Vyjádření praktického lékaře k cílové skupině sociální služby

Domov pod hradem Žampach, IČ: 00854271

(NE starší 30 dnů před podáním žádosti)

Žadatel o službu:						
Kritéria, která hodnotí splnění podmínek cílové skupiny poskytovatele sociálních služeb: Vyjádření k těmto podmínkám je nezbytné k rozhodnutí o poskytnutí služby.						
Označte, zda uvedená tvrzení pro osobu žadatele platí:						
1.	Hlavním zdravotním postižením osoby je mentální postižení – mentální retardace ¹ , a to ve stupni:				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
	<input type="checkbox"/> lehká MR	<input type="checkbox"/> střední MR	<input type="checkbox"/> těžká MR	<input type="checkbox"/> hluboká MR		
2.	Osoba je osobou s chronickým duševním onemocněním (ve smyslu přítomnosti psychiatrického onemocnění).				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
3.	Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytování akutní nebo dlouhodobé zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení (nemocnice, LDN nebo psychiatrická nemocnice).				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
4.	U osoby je přítomno akutní infekční onemocnění				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
5.	Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
6.	U osoby jsou z důvodu duševní poruchy přítomny projevy chování, které ohrožují nebo mohou ohrozit na životě nebo zdraví osobu samotnou nebo osoby jiné.				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
7.	U osoby jsou z důvodu duševní poruchy přítomny charakteristiky náročného chování (jako agresivita nebo obtěžující, problémové chování).				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
STD 2	Zdravotní stav osoby zachovává předpoklady pro vykonávání pracovní činnosti.				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Doplňující sdělení:						
Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a žádné jsem nezamlčel(a).				Datum, razítko a podpis lékaře:		

¹ Podle MKN-10 (F70-F79).

² Vyplňte pouze v případě, že osoba žádá o službu sociálně terapeutické dílny (STD).