****

**Ústav sociálních služeb v Praze 4, příspěvková organizace**

Podolská 208/31, 147 00 Praha 4

Telefon: 296 320 111, e-mail: [info@uss4.cz](mailto:info@uss4.cz)

**Vyjádření ošetřujícího lékaře/psychiatra**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

rádi bychom Vás požádali o vyplnění následujícího formuláře, který bude sloužit jako podklad pro zavedení sociální služby – Podpory samotného bydlení.

Cílem podpory samostatného bydlení je poskytování této terénní služby občanům, kteří potřebují pomoc a podporu z důvodu svého chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž nepříznivá sociální situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Hlavním cílem poskytované služby je, aby byl uživatel co nejsamostatnější v běžném životě. Služba je poskytována v pracovní dny od 7:00 – 15:30 hod., a to v předem domluvený den a čas.

Služba je vhodná pro zájemce, kteří mají určitou míru samostatnosti.

V případě dotazů se obraťte na sociální pracovnici (tel. 777 360 224) nebo vedoucí podpory samostatného bydlení (tel. 773 791 408).

Je pan/paní…………………………………………….vhodný/á do služby podpora samotného bydlení?

**ANO – NE**

S jakým druhem onemocnění se léčí:

* Chronické duševní onemocnění
* Chronické onemocnění
* Zdravotní postižení
* Mentální postižení
* Tělesné postižení
* Sluchové postižení
* Zrakové postižení

Navštěvuje specializované zdravotnické zařízení? Pokud ano, tak jaké?

…………………………………………………………………………………………………...

.......................................................................................................................................................

Klinický stav za posledních 6 měsíců (včetně informace o spolupráci v léčbě, zacházení

s medikamenty):…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Rizikové tendence objevující se v dosavadním průběhu nemoci/zdravotního stavu

(agresivní chování, samovolné vysazování léků, sexuální obtěžování, sebepoškozování, zneužívání návykových látek apod.): ………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Spouštění relapsu onemocnění/významné stresory (co způsobuje zhoršení zdravotního stavu,

jak se to může projevit, co pomáhá: …………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Další sdělení, doporučení (neuvádět diagnózu):

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Údaje o invalidním důchodu:**

Invalidní důchod – I. stupeň - II. stupeň - III. stupeň

**Doporučení služby – Podpora samotného bydlení:**

DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI – NEVÍM

Případné upřesnění:

………………………………………………………………………………………………….

Datum: ………………… Razítko a podpis ošetřujícího lékaře………………………………

**Děkujeme za spolupráci a vyplnění požadovaných údajů.**

Já…………………………………………………………………………….,souhlasím s poskytnutím citlivých a osobních údajů, uvedených v tomto formuláři, pro účely efektivního nastavení služby podpory samostatného bydlení.

Dne:………………………..

Podpis zájemce/kyně o službu (případně opatrovníka):…………………………………………