

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ZÁJEMCE O SLUŽBU

chráněné bydlení

Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené

Jedná se o pobytové zařízení pro osoby s těžkým zrakovým postižením a lehkým mentálním postižením. Jde o zařízení, které neposkytuje lékařskou a zdravotnickou péči.

Ta je poskytována prostřednictvím terénních služeb.

Prosíme o posouzení, zda můžeme z Vašeho pohledu službu Chráněné bydlení poskytnout, zdali je to pro daného člověka vhodné.

Údaje o zájemci / zájemkyni

Jméno a příjmení:

.....

Rok narození:

.....

Adresa trvalého bydliště:

.....

Zájemce spadá do cílové skupiny

| | | | |
|--|------------|----------|-----------|
| Lehké mentální znevýhodnění | ANO | x | NE |
| Těžké zrakové znevýhodnění | ANO | x | NE |
| <input type="checkbox"/> Úplná nevidomost | | | |
| <input type="checkbox"/> Praktická nevidomost | | | |
| <input type="checkbox"/> Těžká slabozrakost | | | |
| <input type="checkbox"/> Ztráta jednoho oka nebo ztráta visu jednoho oka se závažnější poruchou zrakových funkcí na druhém oku | | | |

Jiné: uveďte jaké

Zájemce spadá do negativně vymezené cílové skupiny

ANO

- Osoby s mentálním postižením s poruchami autistického spektra
- Osoby zcela neslyšící
- Osoby, u kterých je prioritní duševní onemocnění
- Osoby zároveň nevidomé a zcela neslyšící

NE

Zájemce má duševní onemocnění, které by narušovalo kolektivní soužití
(V případě ano, doplňte prosím, o jaké projevy by se jednalo)

ANO x NE

Zájemce vyžaduje 24 hodinovou zdravotní péči

ANO x NE

Zájemce prochází akutním infekčním onemocněním

ANO x NE



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU
Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené
ve Vlastovičkách

Pořadové číslo:

Počet stran: 3

V.....dne.....

Razítko a podpis lékaře