

Příloha č. 3

Dotazník pro ošetřujícího lékaře

Jméno a příjmení zájemce:

Narozený/á:

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

prosíme Vás o vyplnění dotazníku zájemce o sociální službu Denní stacionář SVÍTÁNÍ.¹

Prosíme, neuvádějte diagnózu. Označte křížkem platnou kolonku: ANO nebo NE. Uveďte případná omezení a rizika vzhledem k poskytované sociální službě, která nezajišťuje zdravotní péči.

Služba je určena pro osoby se sníženou soběstačností- s těžkým kombinovaným postižením ve věku 16-64 let. Provozní doba je v pracovní dny od 7:30 do 16 hodin.

Zájemce spadá do cílové skupiny (nehodící se škrtněte):

ANO

NE

Mentální postižení	ANO	NE
Tělesné postižení onemocnění	ANO	NE
Psychiatrické onemocnění	ANO	NE
Autismus	ANO	NE
Uveďte, prosím, případná zdravotní omezení a rizika, která bychom měli znát v souvislosti s charakterem poskytované služby a užíváním společných prostor.	ANO	NE
Rizika a omezení:		
Pravidelně užívané léky v době poskytování služby (7:30 - 16 hodin)	ANO	NE

¹ Sociální služba denní stacionář SVÍTÁNÍ se poskytuje v souladu s ustanovením § 46 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Obsahuje tyto základní činnosti:

- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.
- Poskytnutí stravy
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Doporučuji poskytování služby Denní stacionář. (Nehodící se škrtněte.)

ANO

NE

Datum

.....

Jméno lékaře

.....

Razítko a podpis lékaře

.....

Podpis zájemce / opatrovníka²

.....

² Je-li zájemce omezen ve způsobilosti k právním úkonům, podepíše Dotazník pro ošetřujícího lékaře i jeho soudem ustanovený opatrovník, případně podpůrce.