



## VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO PSYCHIATRA

---

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore.

Rádi bychom Vás požádali o vyplnění následujícího formuláře, který bude sloužit jako podklad pro zkvalitnění spolupráce, efektivního nastavení míry zátěže v Centru sociálně rehabilitačních služeb v organizaci Baobab z.s.

**Baobab z.s. poskytuje podporu lidem se zkušeností s duševním onemocněním z okruhu psychóz či afektivních poruch, ve věku 19 - 64 let.**

Děkujeme za vyplnění a Váš čas.

V případě dotazů jsme k dispozici na telefonním čísle +420 739 095 869

Vaše doporučení je pro klienta do tréninkového samostatného bydlení bez dozoru, pracovník se schází s klientem 1x týdně. Klient musí umět samostatně vstávat, užívat pravidelně léky a depotní injekce, dodržovat denní režim, dbát na osobní hygienu, pravidelně spolupracovat s ambulantním psychiatrem. V bydlení není možné užívat alkohol a návykové látky. Služba není poskytována o víkendu a ve státních svátcích. **Nejedná se o chráněné bydlení, kde je vyšší míra podpory. Bydlení je vhodné pro klienty s vysokou mírou samostatnosti.**

---

**Spadá pan/paní.....do cílové skupiny Baobab z.s.?      ANO      NE**

Má klient další závažná onemocnění nebo postižení (infekční choroba, výrazně narušená motorika nebo hybnost, smyslové postižení atd.)

ANO      NE

Délka psychiatrické léčby:

Celkový počet hospitalizací:

Poslední hospitalizace:

Klinický stav za posledních 6 měsíců

(Včetně informace o spolupráci klienta v léčbě a zacházení s medikamenty):

Rizikové tendence objevující se v dosavadním průběhu nemoci

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

U klientů s duální diagnózou uveďte dobu trvání abstinence (před nástupem do bydlení je nutná 6měsíční abstinence a navázaná spolupráce s adiktologem):

Spouštěče relapsu onemocnění/významné stresory

(co u klienta způsobuje zhoršení psychického stavu, jak se to může projevit, co klientovi pomáhá):

Další sdělení, doporučení:

Údaje o invalidním důchodu a způsobilosti k právním úkonům

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

Způsobilost k právním úkonům – plně zachována – změněna (v jakém rozsahu):

Opatrovník (jméno, kontakt):

**Doporučení pro využívání sociální služby – jaký typ služby DOPORUČUJETE, případně uveďte další doplňující informace v dané oblasti:**

**1. v oblasti bydlení: DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI – NEVÍM**

**2. v oblasti práce: DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI – NEVÍM**

**Doporučuji pro nalezení vhodného zaměstnání:**

Výše úvazku.....

Druh pracovní činnosti.....

Pracovní doba.....

Pracovní prostředí .....

Doba dojíždění do zaměstnání.....

Pracovní omezení.....

Další.....

**3. v oblasti zdraví (psychoterapie) DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI – NEVÍM**

**4. v oblasti Case managementu (dlouhodobá intenzivní podpora, koordinace služeb):**

**DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI – NEVÍM**

**5. v jiné oblasti (uveďte prosím jaké):**

---

Datum:

Razítko a podpis doporučujícího lékaře

**Děkujeme za spolupráci a vyplnění požadovaných údajů**

V rámci zkvalitňování služby, budeme v případě nejasností ohledně zdravotního stavu kontaktovat ošetřujícího psychiatra.

Já,....., souhlasím s poskytnutím citlivých a osobních údajů, uvedených v tomto formuláři, pro účely efektivního nastavení spolupráce a zátěže v Centru sociálně rehabilitačních služeb.

S výše uvedenými údaji je nakládáno v souladu s ustanovením zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Dne:

Podpis zájemce/kyně o službu