



**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
sociální služby střediska Slezské diakonie NOE Třinec,
podpora samostatného bydlení**

ŽADATEL

Jméno a příjmení:

DATUM NAROZENÍ

Den, měsíc, rok:

ADRESA SOUČASNÉHO POBYTU

Ulice, čp, město, obec, pošta, PSČ:

Okruh osob, kterým je služba určena

Posláním NOE Třinec, podpory samostatného bydlení Slezské diakonie je pomoci žít lidem s chronickým duševním onemocněním a lidem s mentálním postižením co nejvíce samostatně ve své domácnosti a přirozeně využívat příležitosti, které jim prostředí, ve kterém žijí, nabízí.

Podmínky přijetí

- duševní onemocnění s psychotickými, afektivními a neurotickými poruchami (*schizofrenie, schizotypální porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická depresivní porucha, obsedantně – nutková porucha*)
- mentální postižení (*lehký a střední stupeň*)
- bydliště na území města Třinec a jeho správních obvodech – bydlení v domácnosti (*bytě či domě*).

Službu neposkytujeme

- lidem v akutní fázi závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách
- lidem s nařízenou sexuologickou ochrannou léčbou
- lidem s výraznými poruchami chování (*agresivita diagnostikovaná a potvrzená lékařem*)
- lidem v akutní fázi psychiatrického onemocnění tzn. tam, kde není kompenzován jejich zdravotní stav

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:**ZÁJEMCE****SPADÁ****NESPADÁ*****DO OKRUHU OPRAVNĚNÝCH OSOB**

(stabilizovaný zdravotní stav, diagnóza...)

V případě že zájemce zcela nespadá do cílové skupiny naší služby, můžete mu tuto pro zlepšení jeho sociální situace doporučit? V čem může být dle vašeho mínění zájemci naše služba prospěšná?

V.....

dne.....

Podpis ošetřujícího lékaře:

*nehodící se škrtněte