|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žadatele:**  | **Datum narození:** |
| **Trvalé bydliště:** | **Kontaktní adresa, telefon, e-mail:** |
| **Stupeň ID:** | **Stupeň příspěvku na péči:** |
| **Jste nějak omezen /-a ve svéprávnosti?** | **Ano – ne – probíhá soudní řízení** |
| **Jméno a příjmení opatrovníka:** | **Kontakt:** |
| **Další kontaktní osoby:** | **Kontakt:** |
| **Jméno ambulantního psychiatra**  | **Kontakt:** |
| **Jméno praktického lékaře**  | **Kontakt:** |
| **Spolupracoval jste nebo spolupracujete s CDZ ESET?**  | **Ano – ne** |
| **Proč chcete využívat sociální službu chráněné bydlení?** |  |
| **V čem vám mohou sociální pracovníci chráněného bydlení pomoci?**  |  |
| **Jak jste se dozvěděla o službě chráněné bydlení?** |  |

Potvrzuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a souhlasím se zpracováním mnou uvedených osobních údajů za účelem plánování a poskytnutí služeb ESET - HELP, z. s.

Datum a podpis žadatele (opatrovníka nebo zmocněnce) ………………………………

**Doporučení psychiatra pro službu Chráněné bydlení**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore.

rádi bychom Vás požádali o vyplnění doporučení je pro klienta do tréninkového chráněného bydlení (bytě 3 + 1 v běžné zástavbě), kdy podpora sociálních pracovníků či psychiatrické sestry je poskytována **v pracovní době ve všední dny v rozsahu 2-3 x týdně na dohodnutých schůzkách**. Služba je vhodná pro klienty s vyšší mírou samostatnosti se zkušeností s **duševním onemocněním z okruhu psychóz či afektivních poruch** ve věku **18 - 64 let** z Prahy.

Zájemce by měl být schopen u vstupu do služby samostatně vstávat, užívat pravidelně léky, dodržovat denní režim, dbát na osobní hygienu, pravidelně spolupracovat s ambulantním psychiatrem, abstinovat. Předpokládáme motivaci k nácviku dovedností bydlení. V bydlení není možné užívat alkohol a návykové látky. V případě duálních diagnóz jsou podmínkou 3 měsíce absolvované léčby (ústavní, komunita, pobytové zařízení) a 3 měsíce abstinence.

**Děkujeme za vyplnění a Váš čas.** V případě dotazů jsme k dispozici na níže uvedených telefonní číslech.

|  |
| --- |
| Psychiatrická diagnóza a zdravotní omezení: |
| Psychiatrická diagnóza (název, číselně dle MKN): |
| **Závažná somatická onemocnění (alergie, epilepsie, apod.), infekční nemoci (hepatitida aj.) či postižení (hybnost, motorika, smyslové):** |

|  |
| --- |
| Doporučení pro spolupráci: |
| **V čem mohou sociální pracovníci chráněného bydlení pomoci klientovi?****Má klient nařízenou ochrannou léčbu? Proč?****Jaký byl klinický stav za posledních 6 měsíců - spolupráce klienta v léčbě, zacházení s medikací…****Rizikové tendence (sebepoškození, vysazování léků, agresivní chování, sexuální obtěžování, zneužívání návykových látek…)****Spouštěče relapsu/významné stresory****(Co u klienta způsobuje zhoršení zdravotního stavu? Jak se může projevit? Co klientovi pomáhá?)****Měl klient v minulosti problémy se závislostmi? ano - ne*** Uveďte druh závislosti, s níž se klient léčil, a aktuální délku abstinence.
* Proběhla v tomto směru nějaká léčba? Uveďte prosím, kde se klient léčil a jak dlouho

**V jaké oblasti by podle Vás mohla probíhat spolupráce podpora klientovi na chráněném bydlení:*** práce
* následného bydlení
* náplně volného času
* oblasti vztahů
* osobní hygieny
* jednání v úřady
* udržení abstinence
* dovednosti v bydlení (vaření, úklid)
* hospodaření s penězi
* nalezení psychoterapie či jiné služby
* jiné (uveďte)………………………..

**V čem spatřujete silné stránky klienta?** |

#####

**Z hlediska psychiatrické léčby doporučuji využívat službu Chráněného bydlení: ano – ne**

Datum: Podpis a razítko lékaře: