

Dotazník pro zájemce o sociální službu Tréninkové byty v BONA, o.p.s.

Dotazník slouží k získání základních informací o zájemci a je podkladem pro rozhodnutí o přijetí do sociální služby. Vyplněný dotazník, prosím, přineste Mgr. Magdaleně Maxové na domluvenou schůzku. Dotazník neposílejte poštou, zajistíte tím ochranu svých osobních a citlivých údajů. V dotazníku, prosím, uvádějte jen pravdivé údaje.

(Mgr. Magdalena Maxová, tel.: 739 320 509, email: zajemcibydeni@bona-ops.cz).

Tréninkové byty jsou poskytovány v rámci registrované sociální služby: chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení.

Vyplňte, prosím, údaje o Vaší osobě

Jméno, příjmení, titul:	_____
Datum narození:	_____
Trvalé bydliště:	_____
Současný pobyt:	_____
Kontakt:	_____

Vyplňte, prosím, údaje o Vaší svéprávnosti.

Zaškrtněte odpovídající variantu:	Svéprávný/á	<input type="checkbox"/>
	Omezen/a ve svéprávnosti	<input type="checkbox"/>
Pokud jste omezen/a ve svéprávnosti, uveďte prosím, v jakém rozsahu:		

Pokud jste omezen/a ve svéprávnosti, uveďte prosím jméno a kontakt na Opatrovníka, popř. Podpůrce, popř. Zástupce:		

Z jakého důvodu chcete využívat sociální službu? V jakých oblastech byste uvítal/a podporu?

V oblasti bydlení:
V oblasti práce:
V oblasti financí:
V oblasti vzdělávání a volného času:
V oblasti zdraví:
V oblasti vztahů:
V jiné oblasti (uveďte prosím jaké):

Vyjádření ošetřujícího lékaře (psychiatra) k zařazení do sociální služby – tréninkové byty v BONA, o.p.s.

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
žádáme Vás o vyplnění krátké zprávy, která je podkladem pro přijetí do sociální služby. Tréninkové byty v BONA, o.p.s. jsou určeny osobám, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu dlouhodobého duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje podporu jiné osoby. Cílem služby je pomoci klientům získat a trénovat dovednosti a schopnosti potřebné k samostatnému bydlení v co nejreálnějším (nejpřirozenějším) prostředí; klienti bydlí v samostatných bytech v rámci běžné komunity. Služba je určena pro klienty, kteří potřebují nižší míru podpory ze strany pracovníků. Pracovník služby poskytuje klientovi komplexní podporu v různých oblastech života.

Pokud máte zájem o bližší informace, rádi Vám je podáme na tel. čísle 739 320 509.

Jméno ošetřujícího lékaře:	_____
Kontakt:	_____
Psychiatrická diagnóza zájemce:	
Konkrétní projevy onemocnění:	
Spouštěče relapsu onemocnění:	
Dodržování léčby, spolupráce:	
Užívání návykových látek (druh, množství, četnost) nebo abstinence od návykových látek (délka abstinence):	
Ochranné léčení (ne/ano-výhled, důvody):	
<u>Doporučení pro využívání služby:</u>	
<i>V jakých oblastech by dle Vašeho názoru bylo vhodné s klientem spolupracovat?</i>	
V oblasti bydlení:	
V oblasti práce:	
V oblasti financí:	
V oblasti vzdělávání a volného času:	
V oblasti zdraví:	
V oblasti vztahů:	
V jiné oblasti (uved'te prosím jaké):	
Datum: _____	Podpis a razítko lékaře: _____

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku.

Vyjádření ošetřujícího lékaře (praktického) k osobě zájemce. Uvedte, prosím, zda má zájemce o službu nějaká zdravotní omezení, která bychom měli vědět pro spolupráci s klientem a dbát na jejich dodržování v souvislosti s pobytem a užíváním společných prostor a zařizovacích předmětů v domácnosti s jinými klienty. (např. epilepsie, žloutenka, diabetes, dieta...atp.)

Jméno ošetřujícího lékaře (praktického) + kontakt: _____

Infekční onemocnění a z toho plynoucí rizika pro spolubydlení:

Speciální stravovací potřeby (dieta, diabetes atd.):

Další závažná onemocnění (např. epilepsie apod.):

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé a zavazuji se hlásit poskytovateli sociální služby veškeré změny v uvedených údajích.

V Praze dne _____

Podpis zájemce: _____

Podpis opatrovníka: _____