

Dotazník pro zájemce o sociální službu Podpora samostatného bydlení

Dotazník je určen k vyplnění zájemcem, slouží k získání základních informací o zájemci a je podkladem pro vstupní pohovor. Vyplněný dotazník, prosím, přineste paní Bc. Anetě Jungbauerové na vstupní pohovor. Termín vstupního pohovoru je možné domluvit s A. Jungbauerovou telefonicky na tel. čísle: 605 984 004, nebo emailem: aneta.jungbauerova@bona-ops.cz. Dotazník neposílejte poštou, zajistíte tím ochranu svých osobních a citlivých údajů. V dotazníku, prosím, uvádějte jen pravdivé údaje.

Vyplňte prosím, údaje o Vaší osobě.

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

Vyplňte prosím, údaje o Vaší svéprávnosti. V případě omezení svéprávnosti doložte kopii rozhodnutí soudu (rozhodnutí o ustanovení opatrovníka, nebo jiné podpůrné osoby).

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 kontakt na Opatrovníka, popř. Podpůrce, popř. Zástupce:		

Uveďte prosím, zda máte podánu žádost o pobyt v jiném pobytovém zařízení (domov důchodců, ústav sociální péče, domov pro osoby se zdravotním postižením ad.) nebo o sociální byt.

Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>
Pokud ano, uveďte, prosím podrobnější informace (od kdy, kam ad.):			

Z jakého důvodu chcete využívat sociální službu Podpora samostatného bydlení? Proč máte o službu zájem?

Vyjádření ošetřujícího lékaře (psychiatra) k osobě zájemce a účelu rehabilitace v rámci služby Podpora samostatného bydlení BONA, o.p.s.

Jméno ošetřujícího lékaře (psychiatra): _____

Kontakt: _____

Diagnóza zájemce:

Poruchy duševní a poruch chování způsobené užíváním psychoaktivních látek:

F 10 F 11 F 12 F 13 F 14
F 15 F 16 F 17 F 18 F 19

Okruh schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch s bludy,

F 20 F 21 F 22 F 23 F 24
F 25 F 26 F 27 F 28 F 29

Okruh afektivních poruch – pouze s psychotickými příznaky. Uveďte diagnózu: _____

Jiné: _____

Dodržování léčby, spolupráce, pravidelné kontroly u všech výše zaškrtnutých Dg., aktuálně užívá návykové látky (druh, množství, četnost) nebo abstinuje (jak dlouho) od návykových látek:

Ochranné léčení (ne/ano-výhled):

Doporučení:

Datum: _____

Podpis a razítko lékaře: _____

Kontaktní osoba pro služby bydlení, BONA, o.p.s.:
Mgr. Iva Hejzlová, tel: 739 320 509

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

Vyjádření ošetřujícího lékaře (praktického) k osobě zájemce. Uved'te, prosím, zda má zájemce o službu nějaká zdravotní omezení, která bychom měli vědět a dbát na jejich dodržování (např. epilepsie, žloutenka, diabetes, dieta...atp.).

Jméno ošetřujícího lékaře (praktického) + kontakt: _____

Vyjádření:

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé.

V Praze dne _____

Podpis zájemce: _____

Podpis opatrovníka: _____