

## Dotazník pro zájemce o sociální službu Podpora samostatného bydlení (tréninkové byty)

Dotazník je určen k vyplnění zájemcem, slouží k získání základních informací o zájemci a je podkladem pro rozhodnutí o přijetí do služby podpora samostatného bydlení. Vyplněný dotazník, prosím, přineste **Bc. Magdaleně Maxové** na domluvenou schůzku. Dotazník neposílejte poštou, zajistíte tím ochranu svých osobních a citlivých údajů. V dotazníku, prosím, uvádějte jen pravdivé údaje. (Bc. Magdalena Maxová, tel.: 739 320 509, email: [zajemcibydeni@bona-ops.cz](mailto:zajemcibydeni@bona-ops.cz)).

### 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 jméno a kontakt na Opatrovníka, popř. Podpůrce, popř. Zástupce:		
_____		

**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: \_\_\_\_\_

Konkrétní projevy nemoci:

Spouštěče relapsu onemocnění:

Dodržování léčby, spolupráce:

Užívání návykových látek (druh, množství, četnost) nebo abstinence od návykových látek (délka abstinence):

Ochranné léčení (ne/ano-výhled):

**Doporučení:**

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis a razítko lékaře: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_