



VYJÁDŘENÍ PSYCHIATRICKÉHO LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O ZAŘAZENÍ DO SOCIÁLNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ

(V případě, že nemáte psychiatrického lékaře vyplní formulář praktický lékař.)

Osobní údaje o žadateli (vyplní žadatel)

Jméno, příjmení a titul:
Datum narození:
Ošetřující psychiatr: (uveďte jméno a telefonní číslo/e-mail)

Vyjádření lékaře

Pacient/žadatel chráněného bydlení je:

<input type="checkbox"/> Osoba s duševním onemocněním, uveďte č. diagnózy:
<input type="checkbox"/> Osoba s lehkým mentálním postižením

Soudem uložená ochranná léčba (pokud ano, uveďte typ)

<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
------------------------------	-----------------------------

Infekční onemocnění (pokud ano, konkretizujte, o jaké se jedná)

<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
------------------------------	-----------------------------

Závislost na návykových látkách (pokud ano, konkretizujte, o jaké se jedná)

<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
------------------------------	-----------------------------

Projevy narušující kolektivní soužití (pokud ano, konkretizujte)

<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
------------------------------	-----------------------------

Suicidální tendence

<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
------------------------------	-----------------------------

Užívání léků

<input type="checkbox"/> Samostatně	<input type="checkbox"/> S dohledem
-------------------------------------	-------------------------------------

Další důležité údaje (pokud jsou známy)

Rok poslední hospitalizace:
Varovné příznaky při dekompenzaci:



ASOCIACE TRIGON

Další: *(uvedte další skutečnosti, které mohou být důležité z hlediska ochrany zdraví a bezpečnosti, jiná onemocnění apod.)*

Zprávu vystavil/a dne:

.....

Razítko a podpis lékaře:

.....