

## Dotazník pro zájemce o sociální službu Chráněné bydlení

Dotazník je určen k vyplnění zájemcem, slouží k získání základních informací o zájemci a je podkladem pro vstupní pohovor. Vyplněný dotazník, prosím, přineste p. Bc. Petrovi Vítkovi na vstupní pohovor. Termín vstupního pohovoru je možné domluvit s P. Vítkem telefonicky na tel. čísle: 734 166 938, nebo emailem: [petr.vitek@bona-ops.cz](mailto:petr.vitek@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:		
_____		

### Vyplňte prosím, údaje o Vaší finanční situaci.

Plný invalidní důchod	<input type="checkbox"/>	ve výši _____
Částečný invalidní důchod	<input type="checkbox"/>	ve výši _____
Příspěvek na péči	<input type="checkbox"/>	ve výši _____ nezažádáno <input type="checkbox"/> v řízení <input type="checkbox"/>
Příjem ze zaměstnání	<input type="checkbox"/>	ve výši _____
Jiné příjmy – uveďte v jaké výši:	_____	
Povinné platby (výživné, dluhy atd.):	_____	

**Uved'te prosím, zda máte podánu žádost o pobyt v jiném pobytovém zařízení (domov se zvláštním režimem, domov pro osoby se zdravotním postižením ad.) nebo o sociální byt.**

Ano  Ne

Pokud ano, uveďte, prosím podrobnější informace (od kdy, kam ad.):

**Z jakého důvodu chcete využívat sociální službu Chráněné bydlení? Proč máte o službu zájem?**

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

Jméno ošetřujícího lékaře (psychiatra): \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

Diagnóza zájemce:

Poruchy duševní a poruchy 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 (poruchy nálady):

F 30  F 31  F 32  F 33  F 34   
F 35  F 36  F 37  F 38  F 39

Jsou přítomny psychotické symptomy? ANO/NE

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: \_\_\_\_\_

**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 v souvislosti s pobytem a užíváním společných prostor a zařizovacích předmětů v domácnosti s jinými uživateli. (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: \_\_\_\_\_