

## Dotazník pro zájemce o sociální službu SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Dotazník je určen k vyplnění zájemcem, slouží k získání základních informací o zájemci a je podkladem pro vstupní pohovor. Vyplněný dotazník, prosím, přineste Bc. Kateřině Karáskové, DiS. (pracovník pro jednání se zájemci o službu SR, vedoucí služby Sociální rehabilitace) na vstupní pohovor, neposílejte ho 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 Listiny 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, informace o Vašem opatrovníkovi (včetně kontaktu na něj): _____	
Pokud jste omezen/a ve svéprávnosti, uveďte, prosím, v jakém rozsahu: _____	

### O které chráněné pracoviště máte zájem:

<b>Sklářská dílna</b>	I.st. <input type="checkbox"/>	II.st. <input type="checkbox"/>	III.st. <input type="checkbox"/>	
<b>Technické služby</b>	I.st. <input type="checkbox"/>	II.st. <input type="checkbox"/>	III.st. <input type="checkbox"/>	
<b>Textilní dílna</b>	I.st. <input type="checkbox"/>	II.st. <input type="checkbox"/>	III.st. <input type="checkbox"/>	odpolední směna II.st. <input type="checkbox"/> III st. <input type="checkbox"/>
<b>Obchod Jedna bedna</b>			III. st. <input type="checkbox"/>	
<b>Prádelna</b>	III.st. <input type="checkbox"/>	<b>Trafika</b>	III.st. <input type="checkbox"/>	<b>Knihovna a Klub U Kocoura</b> II. st. <input type="checkbox"/>

### Proč chcete využívat službu sociální rehabilitace? Proč máte o službu zájem?

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

Jméno ošetřujícího lékaře: \_\_\_\_\_

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

Diagnóza zájemce: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek:

F 10	<input type="checkbox"/>	F 11	<input type="checkbox"/>	F 12	<input type="checkbox"/>	F 13	<input type="checkbox"/>	F 14	<input type="checkbox"/>
F 15	<input type="checkbox"/>	F 16	<input type="checkbox"/>	F 17	<input type="checkbox"/>	F 18	<input type="checkbox"/>	F 19	<input type="checkbox"/>

Okruh schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch s bludy:

F 20	<input type="checkbox"/>	F 21	<input type="checkbox"/>	F 22	<input type="checkbox"/>	F 23	<input type="checkbox"/>	F 24	<input type="checkbox"/>
F 25	<input type="checkbox"/>	F 26	<input type="checkbox"/>	F 27	<input type="checkbox"/>	F 28	<input type="checkbox"/>	F 29	<input type="checkbox"/>

Okruh afektivních poruch (poruchy nálady):

F 30	<input type="checkbox"/>	F 31	<input type="checkbox"/>	F 32	<input type="checkbox"/>	F 33	<input type="checkbox"/>	F 34	<input type="checkbox"/>
F 35	<input type="checkbox"/>	F 36	<input type="checkbox"/>	F 37	<input type="checkbox"/>	F 38	<input type="checkbox"/>	F 39	<input type="checkbox"/>

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:

Má zájemce nařízenou ochrannou léčbu ústavní/ambulantní:      ANO              NE

Pokud ano, prosím uveďte důvod:

Dodržování léčby, spolupráce, pravidelné kontroly:

Doporučení:

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

**Vyjádření ošetřujícího lékaře (praktického) k osobě zájemce. Uveďte, prosím, zda má zájemce o službu nějaká zdravotní omezení, která bychom měli znát v souvislosti s charakterem poskytované služby a užíváním společných prostor (Sklářská dílna, Textilní dílna, Technické služby- práce se stroji na údržbu zeleně, úklidové práce). Např. epilepsie, žloutenka, HIV...atp.**

Jméno ošetřujícího lékaře (praktického) + kontakt: \_\_\_\_\_

Vyjádření k osobě zájemce:

### 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: \_\_\_\_\_

### Aktualizace doporučení (vyplňuje BONA, o.p.s.)

1. Datum: \_\_\_\_\_ Jméno a podpis: \_\_\_\_\_  
Vyjádření psychiatra:

2. Datum: \_\_\_\_\_ Jméno a podpis: \_\_\_\_\_  
Vyjádření psychiatra:

3. Datum: \_\_\_\_\_ Jméno a podpis: \_\_\_\_\_  
Vyjádření psychiatra: