|  |
| --- |
| **Doporučení psychiatra****do sociální služby sociální rehabilitace MENS SANA, z.ú.** |
| Osobní údaje zájemce o službu |
| Jméno a příjmení |  |
| Adresa bydliště |  |
| Údaje o psychiatrické léčbě |
| Diagnostický okruh  |  |
| Celková délka psychiatrické léčby (od kdy) |  |
| Převažující psychický stav v posledních 3 měsících (zaškrtněte 1 možnost) | * kvalitní remise
* nekvalitní remise
* opakované dekompenzace
* relaps
 |
| Jaké skutečnosti mohou vést u zájemce ke zhoršenému psychickému stavu (spouštěče, projevy krize, včasné varovné příznaky, riziko ohrožení, co pomáhá zájemci v krizi) |  |
| Poslední hospitalizace – rok | * 0-1
* 1-3
* 3-5
* 5 a více
 |
| Medikace |  |
| **Vyjádřete se, prosím, v čem by byla spolupráce se zájemcem v naší organizaci prospěšná:** |
| **Silné stránky a slabé stránky zájemce (V čem je zájemce dobrý, zdatný, jaké má dovednosti? V čem potřebuje zájemce podporu?):** |
| **Vyjádřete se, prosím, k závažným okolnostem, které jsou významné pro spolupráci zájemce s organizací (nepravidelná spolupráce, agrese, sebevražedné chování, abúzus nebo závislost na alkoholu nebo návykových látkách):** |
| **Pokud si přejete být informován o skutečnosti, že byla s Vaším pacientem uzavřena Smlouva o poskytování sociální služby sociální rehabilitace, zvolte si prosím pro Vás nejvhodnější formu kontaktování z naší strany:*** **telefonicky**
* **emailem**
* **nemám zájem o informaci o uzavření smlouvy se zájemcem**
 |

Datum: …………………… Podpis a razítko ošetřujícího lékaře: …………………………………………………………………

**Děkujeme Vám za spolupráci a vyplnění požadovaných údajů!**

**Kontakt: 777 034 886 - vedoucí sociální služby sociální rehabilitace MENS SANA, z.ú.**