|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.**