

**Příloha č. 2**

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele**

**Osobní údaje žadatele**

<b>Jméno a příjmení:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Adresa trvalého bydliště:</b>	

Osoba má diagnostikovanou poruchu autistického spektra.	ANO	NE
Osoba má diagnostikované jiné chronické duševní onemocnění, uveďte jaké:		
Osoba má diagnostikované mentální postižení (při odpovědi „ANO“ označte stupeň.	ANO	NE
	<input type="checkbox"/> LEHKÉ	<input type="checkbox"/> STŘEDNÍ
	<input type="checkbox"/> TĚŽKÉ	<input type="checkbox"/> HLUBOKÉ
Navštěvuje osoba pravidelně psychiatrickou ambulanci za účelem pravidelné psychiatrické medikace?  Pokud Ano uveďte:	ANO	NE

	<b>Stručně popište</b>
Další důležité údaje o zdravotním, somatickém stavu osoby. Péče v odborných ambulancích.	
Jaká zdravotní péče je nutná při aktuálním zdravotním stavu osoby.	

**Datum:**

**Podpis a razítko lékaře:**

Tento posudek je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jednou z podmínek uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb v domově pro osoby se zdravotním postižením. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, § 36 uvádí, že poskytování pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže:

- a) Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) Osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci,
- c) Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.