**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**

**Jméno: …………………………………… Příjmení: …………………………………..……**

**Datum narození: …………………………**

Podle pravidel Azylového domu Domova pro matky s dětmi /dále DMD/ je klientka povinna při zahájení poskytované služby do DMD předložit Vyjádření registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu. Vyjádření lékaře je vyžadováno podle Zákona o sociálních službách č.108/2006Sb. § 91 odst. 3, kdy DMD může odmítnout uzavřít Smlouvu o poskytování sociálních služeb v případě, že zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby.

Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. § 36 uvádí, že poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje:

1. zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

/tj. např. i osoba se závislostí na návykových látkách a hazardních hrách/

1. osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci
2. chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

V azylovém domě DMD není zajištěna zdravotní péče a uživatel musí být soběstačný a samostatný v běžných úkonech.

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**V ……………………………… dne ………………… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**podpis a razítko lékaře**