

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽADATELE O POBYT V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ, KOMUNITNÍM CENTRU PRO OSOBY S AUTISMEM

### **1. Identifikační údaje**

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno žadatele:

Datum narození žadatele:

Adresa místa trvalého pobytu žadatele:

### **2. Účel vydání posudku:**

*Vážený pane doktore,*

*žádáme Vás tímto o Vaše vyjádření, zda výše uvedený žadatel o naši službu spadá do cílové skupiny našeho komunitního centra Vítej ... o.p.s., kterou jsou osoby s poruchou autistického spektra.*

*Dále Vás žádáme o Vaše vyjádření, zda žadatel netrpí akutním infekčním onemocněním, nevyžaduje léčbu ve zdravotním zařízení, a zda je celkově způsobilý pro pobyt v komunitním centru Vítej ... o.p.s. (zda netrpí záchvaty, atakami agresivního chování atd.).*

*Předem děkujeme*

### **3. Posudkový závěr:**



komunitní centrum pro osoby s autismem

#### **4. Poučení**

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne je prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou

#### **5. Oprávněná osoba**

Jméno a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....  
Podpis oprávněné osoby

.....  
Datum vydání posudku

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře

razítko poskytovatele zdravotních služeb