



Žádost o přijetí do služby

Jméno a příjmení: _____
Datum narození: _____
Trvalé bydliště: _____
Kontaktní adresa: _____
Telefon, e-mail: _____

Zaškrtněte prosím, o kterou z našich služeb máte zájem

- Ambulantní doléčování s chráněným bydlením v tréninkovém bytě
 Ambulantní doléčování

Vaše aktuální situace

Uveďte prosím, kde se nyní nacházíte (léčebna, komunita, výkon trestu v SPO, jiná léčba), kdy jste nastoupil/a do léčby, předpokládané datum ukončení a povahu Vašich problémů

Název zařízení	Datum nástupu	Předpokládané ukončení
Zneužívaná látka (látky)		Gambling Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

Vaše předchozí léčby (bylo-li jich více, vyberte ty, které považujete za nejdůležitější)

Název zařízení	Nástup	Ukončení	Způsob ukončení

Nejdelší doba abstinence: _____

Psychický stav

Uveďte prosím, zda jste se někdy psychiatricky léčil/a s jiným problémem, než je závislost

- Ano
 Ne

Pokud ano, kde, kdy a o jaký problém se jednalo (v případě více léceb, vyberte ty nejdůležitější)

Název zařízení	Nástup	Ukončení	Povaha problému

Uveďte prosím, zda aktuálně spolupracujete s psychiatrem Ano Ne

Pokud ano, uveďte prosím jeho jméno _____

Uveďte prosím, zda aktuálně užíváte psychiatrickou medikaci Ano Ne

Pokud ano, uveďte laskavě, o jaké léky se jedná a na co Vám podle Vašeho názoru pomáhají



Název léku	Dávkování	S jakým problémem mi pomáhá?

Na následujících řádcích, prosím, popište svou motivaci k léčbě v našem zařízení

Další důležitá sdělení (invalidní důchod, interferonová léčba hepatitidy, veřejně prospěšné práce atp.)

V okamžiku, kdy obdržíme Vaši žádost, budete zařazen/a do pořadníku zájemců. Cca do 14 dnů Vás písemně zkontaktujeme pro domluvu ohledně osobního pohovoru.

Pro dotaz ohledně volného místa či stavu Vaší žádosti prosím volejte na kontaktní telefon doléčovacího centra 736 227 787 ve všední dny (krom pátku) v čase 10:00 – 17:00.

Přílohy

- a) životopis v minimálním rozsahu 3 stran – povinná
- b) vyjádření terapeutického týmu o průběhu Vaší dosavadní léčby a doporučení k doléčování

Vyplněnou žádost společně s životopisem (případně dalšími přílohami) zašlete prosím na kontaktní adresu uvedenou v pravém horním rohu tohoto dokumentu.

Svým podpisem souhlasím se zpracováním mnou uvedených osobních údajů za účelem plánování a poskytnutí služeb následné péče realizovaných v rámci programu Doléčovací centrum Magdaléna – Podolí společnosti Magdaléna, o.p.s.

Datum _____

Podpis _____