

# Následná péče CHRPA program pro klienty s duální diagnózou

## *Žádost o přijetí do služby*

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

### **Pobyt/léčba:**

Uveďte, prosím, kde se nyní nacházíte (léčebna, komunita, jiná léčba),  
kdy jste nastoupil/a do léčby, předpokládané datum ukončení.

Název zařízení:	Datum nástupu:	Předpokládané ukončení:	Jiné (ubytovna, vlastní bydlení aj.):
-----------------	----------------	-------------------------	---------------------------------------

### **Závislost:**

Uveďte druh závislosti, s níž se jdete léčit, a aktuální délku abstinence.

Látková závislost:	Zneužívaná látka/látky:	Aktuální délka abstinence:
Jiná závislost (hráčství, internet aj.):	Typ závislosti:	Aktuální délka abstinence:

### **Duševní porucha:**

Uveďte druh duševní poruchy, s níž se jdete léčit, a Váš aktuální stav.

Název duševní poruchy:	Projevy Vaší duševní poruchy:	Váš aktuální stav:
------------------------	-------------------------------	--------------------

### **Medikace a spolupráce s psychiatrem:**

Pokud spolupracujete s psychiatrem, uveďte prosím jeho jméno a psychiatrickou medikaci, kterou užíváte.

Jméno psychiatra a kontakt na něj:
------------------------------------

Název léku:	Dávkování:	S čím mi pomáhá:

**Předchozí léčba:**

Uveďte kdy, kde a s čím jste se v minulosti léčil (psychiatrická nemocnice, terapeutická komunita, ambulantní psychoterapie aj.)

Název zařízení/ služby:	Doba léčby (od – do):	Důvod léčby (druh potíží):	Způsob ukončení:

**Motivace k léčbě:**

Na následujících řádcích prosím popište svou motivaci k léčbě v našem programu.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

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

---



---



---

V okamžiku, kdy obdržíme Vaši žádost, budete zařazen/a do pořadníku zájemců. Přibližně do měsíce Vás písemně kontaktujeme pro domluvu ohledně osobního pohovoru. Pro dotaz ohledně volného místa či stavu Vaší žádosti prosím kontaktujte vedoucí programu Makrétu Dolejší telefonicky: 737 284 596 či emailem: dolejsi@magdalena-ops.cz.

**Přílohy:**

- a) **životopis** v minimálním rozsahu tří stran A4 – povinná
- b) **vyjádření terapeutického týmu** o průběhu Vaší dosavadní léčby a doporučení k doléčování
- c) **lékařská zpráva** ošetřujícího psychiatra

Vyplněnou žádost společně s životopisem a případně dalšími přílohami zašlete, prosím, na adresu **Markéta Dolejší, Včelník 1070, 252 10 Mníšek pod Brdy**. Svým podpisem souhlasím se zpracováním mnou uvedených osobních údajů za účelem plánování a poskytnutí služeb následné péče realizovaných v rámci programu CHRPA společnosti Magdaléna, o.p.s.

Datum \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_