Odyseum

centrum duševního zdraví

Žádost o přijetí do péče CDZ-D

Tento formulář slouží jako podklad pro posouzení možnosti přijetí dítěte či adolescenta do péče **Centra duševního zdraví pro děti a adolescenty (CDZ-D)**.

Věnujte, prosím, vyplnění jednotlivých oddílů náležitou pozornost. Podrobné informace usnadní multidisciplinárnímu týmu orientaci v aktuální zdravotní a sociální situaci Vašeho dítěte i celé rodiny. Kvalitně vyplněná žádost urychlí proces posuzování multidisciplinárním týmem a v případě přijetí zajistí co nejrychlejší zahájení péče.

- **Doba posouzení**: Multidisciplinární tým žádost obvykle posoudí do **7 dnů**.
- **Doplňující informace**: V případě potřeby doplnění informací Vás bude kontaktovat pracovník centra.
- **Pomoc s vyplněním**: Pokud si nebudete vědět rady, kontaktujte nás na čísle: **+420 704 979 979**.

1. Údaje o zájemci o službu (dítě/adolescent)

Příjmení _____ Jméno _____

Datum narození _____ Rodné číslo _____

Trvalé bydliště _____

Zdravotní pojišťovna

- ◯ 111 (VZP)
- ◯ 201 (VoZP)
- ◯ 205 (ČPZP)
- ◯ 207 (OZP)
- ◯ 209 (ZPŠ)
- ◯ 211 (ZPMV)
- ◯ Jiná _____

2. Údaje o zákonných zástupcích / pečujících osobách

Zákonný zástupce / pečující osoba č. 1 (povinné)

Jméno a příjmení _____ Kontaktní telefon _____

E-mail _____ Současné zaměstnání _____

Potřeba tlumočníka do českého jazyka ◯ ano ◯ ne

Zákonný zástupce / pečující osoba č. 2 (nepovinné)

Jméno a příjmení _____ Kontaktní telefon _____

E-mail _____ Současné zaměstnání _____

Potřeba tlumočníka do českého jazyka ◯ ano ◯ ne

3. Aktuální situace a rodinný kontext

Složení domácnosti

Uveďte prosím všechny osoby žijící s dítětem ve společné domácnosti, u sourozenců doplňte jejich věk. Přidejte jakékoliv další informace o rodinné situaci, které považujete za důležité.

Vzdělávání

Uveďte název a typ školy, kterou dítě navštěvuje, ročník a případné důležité informace související se školní docházkou.

4. Zdravotní stav a dosavadní péče

Popis aktuálních potíží

Podrobně popište, co dítě aktuálně trápí, jak dlouho potíže trvají, jak často se objevují a jak se v čase vyvíjejí.

Dosavadní odborná péče v oblasti duševního zdraví

Uveďte jména ošetřujících lékařů – psychiatrů či psychologů, případné předchozí hospitalizace nebo pobyty v denních stacionářích.

Užívaná medikace

Pokud dítě užívá léky v souvislosti s psychickým stavem, uveďte jejich název, dávkování a délku užívání.

Využití dalších služeb a institucí

Např. OSPOD, pedagogicko-psychologická poradna – PPP, školní psycholog, speciální pedagog, středisko výchovné péče – SVP, logopedie či jiné sociální služby. Uveďte, kdo péči poskytoval a jak dlouho.

Odyseum

centrum duševního zdraví

5. Závěrečné informace

Důvod kontaktu

Na základě čeho nebo doporučení koho jste se rozhodli kontaktovat právě naše CDZ?

Doplňující informace

Zde můžete uvést cokoliv dalšího, co považujete za podstatné a v předchozích bodech nezaznělo.

Informování odesílajícího subjektu

Přejete-li si, abychom informovali osobu nebo organizaci, která Vám nás doporučila, o přijetí či nepřijetí dítěte do péče, uveďte prosím níže jejich kontakt.

Informace o ochraně osobních údajů (GDPR)

Odesláním dotazníku potvrzujete, že jste se seznámili s informacemi o zpracování osobních údajů uvedenými na našem webu: Zásady zpracování osobních údajů uvedených na našem webu: odyseum.cz/ochrana-osobnich-udaju.

Poznámka pro odborníky

Odesílajícímu odborníkovi můžeme potvrdit pouze přijetí doporučení. Pro sdílení dalších informací o průběhu péče je nezbytný výslovný souhlas zákonného zástupce.

Odyseum
centrum duševního zdraví

Místo poskytování služeb
Centrum duševního zdraví pro děti a adolescenty
Spojovací 762, 267 01 Králův Dvůr

+420 704 979 979
info@odyseum.cz

Sídlo organizace
Pro zdraví 21, z.ú.
Havlíčkova 8, 266 01 Beroun

Komplexní péče o duševní zdraví
Jsme součástí Pro zdraví 21, z.ú.