

## Žádost o poskytnutí služeb Programu následné péče

jméno: \_\_\_\_\_

datum narození: \_\_\_\_\_

trvalé bydliště: \_\_\_\_\_

adresa pro zaslání  
odpovědi na Vaši žádost: \_\_\_\_\_

kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

### I.

Označte, prosím, křížkem o kterou formu našich služeb následné péče žádáte.

- Ambulantní doléčování
- Doléčování s chráněným bydlením

### II.

Označte prosím, jaká z následujících životních situací se Vás v době podání žádosti týká.  
Vyplňte prosím všechny položky, které ve Vašem případě přicházejí v úvahu.

- Právě jsem v léčbě závislosti

Zneužívaná látka (látky) /  
závislostní jednání

Uveďte, o jakou léčbu se jedná a název zařízení (např. terapeutická komunita XY, léčebna)	Datum nástupu	Předpokládané ukončení

- Poslední léčbu závislosti jsem ukončil/a

Zneužívaná látka (látky) /  
závislostní jednání

Uveďte, o jakou léčbu se jedná a název zařízení (např. terapeutická komunita XY)	Datum nástupu	Datum ukončení	Způsob ukončení	
			řádně	předčasně (uveďte důvod)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Další léčby závislosti, které jsem absolvoval/a

Zneužívaná látka (látky) /  
závislostní jednání

Uveďte, o jakou léčbu se jednalo a název zařízení.	Nástup (rok, měsíc)	Ukončení (rok, měsíc)	Způsob ukončení	
			řádně	předčasně (uveďte důvod)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Abstinuji od návykových látek s podporou jiného než léčebného zařízení (např. kontaktní centrum apod.)**

**Zneužívaná látka (látky) /  
závislostní jednání**

<b>Uvedte, o jaké zařízení se jedná a název zařízení.</b>	<b>Uvedte dobu souvislé abstinence</b>

- Abstinuji od bez podpory jakéhokoli zařízení**

**Zneužívaná látka (látky) /  
závislostní jednání**

<b>Uvedte délku abstinence</b>

- V minulosti jsem absolvoval/a doléčování**

**Zneužívaná látka (látky) /  
závislostní jednání**

Uvedte způsob doléčování a název zařízení	Datum nástupu	Datum ukončení	Způsob ukončení	
			řádně	předčasně (uvedte důvod)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III.

**Označte prosím křížkem všechny z následujících možností, které se Vás týkají.**

- Mám uzavřen pracovní poměr  
 Jsem v pracovní neschopnosti  
 Jsem registrován na úřadu práce  
 Studuji (uvedte prosím formu studia:.....)  
 Pobírám invalidní důchod  
 Jiné: .....

### IV.

**K žádosti přiložte přílohy A, B, C:**

**Příloha A) Odpověď na níže uvedené otázky** prosím vypracujte v podobě volného textu v rozsahu 2-3 strany

- Jaké důvody Vás vedou k rozhodnutí absolvovat doléčování?
- Jaký přínos pro Vás měl léčebný program a jak v současnosti vnímáte svou závislost?
- Jaké nejvýznamnější objevy o sobě jste doposud v léčebném programu učinil/a?

**Příloha B) Životopis**

Vypracujte prosím jako volný souvislý text v rozsahu minimálně 5 maximálně 8 stran A4 dle níže uvedené struktury. Chápeme, že jste životopis možná již psal/a mnohokrát a možná dokonce nedávno. Přesto Vás prosíme o nové vypracování tak, aby obsahoval momentální pohled na Váš život. Děkujeme

Struktura životopisu:

1. Vaše jméno, příjmení, datum narození
2. Popište ve stručnosti a s ohledem na významné události Vaše:
  - dětství (porod, významné okamžiky, ...)
  - školní léta, další školní léta (přerušení školní docházky, významné události, ...)
  - krize dospívání
  - zaměstnání
  - partnerské vztahy
  - zdravotní stav (závažná onemocnění, úrazy hlavy, vyšetření a výsledek testů HIV, HEP aj.)
  - zájmy a záliby (jaké, kdy, proč ukončeny, ...)



- osobní úspěchy, neúspěchy
  - jiné důležité události
3. Dále uveďte základní údaje o vaší rodině a především o rodinných vztazích:
- matka, otec (věk, vzdělání, povolání, zájmy, případně rozvod a další partneři rodičů)
  - sourozenci (věk, vzdělání, povolání)
  - vztahy v širší rodině
  - rodinné mýty a pověsti
  - významné rodinné události (stěhování, změny, úmrtí, ...)
  - celková charakteristika rodiny
4. Na závěr připojte svůj podpis a datum sepsání.

### Příloha C) Vyjádření týmu léčebného zařízení

Požádejte tým léčebného zařízení, ve kterém se v současné době léčíte, o vyjádření k průběhu Vaší dosavadní léčby a Vaší připravenosti pro doléčování. Tato průběžná zpráva by měla obsahovat m.j.: významná anamnestická fakta (rodinná, sociální, závislostní), aktuální medikaci a možná ohrožení ve vztahu k dalšímu závislostnímu jednání po ukončení aktuální léčby.

## V.

### Poučení pro klienty Centra protidrogové prevence a terapie, o.p.s. (CPPT,o.p.s.) dle § 11 Z 101/2000 o ochraně osobních údajů.

Správce údajů je Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., Plzeňská 13, 326 00 Plzeň, tel/fax: 377 421 034:

- a) Veškeré osobní údaje (tj. údaje, na základě nichž by byla zjistitelná Vaše identita – tj. jméno, příjmení, datum narození, adresa, rodné číslo), které poskytnete terapeutovi Centra protidrogové prevence a terapie, nejsou poskytovány bez Vašeho písemného souhlasu žádnému třetímu subjektu. Tyto údaje nám slouží k terapeutické, poradenské a sociální práci s Vámi.
- b) Všechny údaje nám poskytlujete jen dobrovolně.
- c) Vaše osobní údaje jsou uchovávány v bezpečnostní schránce ve složce, do které máte právo nahlížet.
- d) Všichni pracovníci CPPT jsou ze zákona vázáni naprostou mlčenlivostí o Vašich údajích. Tato mlčenlivost trvá i po ukončení jejich pracovního poměru v organizaci. Výjimkou může být neprodlené zajištění lékařské péče v případě ohrožení Vašeho života.
- e) Mlčenlivost pracovníci smí porušit pouze v případě, že se hodnověrným způsobem dozví, že je připravován nebo páčán trestný čin dle § 167 Z 140/1961 Sb. Trestního zákona. V těchto případech platí tzv. oznamovací povinnost a ta se vztahuje na každého občana tohoto státu.
- f) V případě jakýchkoli obav z Vaší strany, je možno se obrátit na Vašeho terapeuta, vedoucího programu či ředitele CPPT, o.p.s.
- g) Pokud jsme obdrželi Vaše osobní údaje z jiného důvěryhodného zdroje mimo Vás, jsme povinni Vás o této skutečnosti informovat.

## VI.

### Souhlas s poskytnutím osobních údajů

**Souhlasím s poskytnutím mých osobních údajů obsažených v této žádosti za účelem plánování a poskytnutí služeb následné péče realizovaných Programem následné péče CPPT, o.p.s.**

**Potvrzuji, že jsem byl(-a) písemně seznámen(-a) o svých právech (práva subjektu údajů) dle § 11, odst. 1-8 Z č.101/2000 o ochraně osobních údajů. Souhlasím s tím, aby má osobní data byla po ukončení poskytované služby zpracována pouze ke statistickým a vědeckým účelům za zachování mé naprosté anonymity.**

datum.....v.....podpis.....

podpis zákonného zástupce\*.....

\*u klientů mladších 18ti let