

.....  
(pieczęć przychodni)

**Informacja o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o miejsce w Dziennym Domu Senior+**

**Ogólne informacje o Dziennym Domu Seniora+**

1. Dom przeznaczony jest dla mieszkańców Gminy Michałowice, kobiet i mężczyzn nieaktywnych zawodowo w wieku powyżej 60 lat, którzy ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, szczególnie dla osób, które ze względu na swoją sytuację zdrowotną i rodzinną wymagają wsparcia w zakresie funkcjonowania oraz integracji i włączenia społecznego.
2. Dom funkcjonuje 8 godzin dziennie w godz. 8:00-16:00 przez cały rok, w dni robocze.
3. Celem Domu jest zapewnianie wsparcia seniorom poprzez umożliwienie korzystania z usług aktywizacji społecznej w tym prozdrowotnej.
4. Placówka nie jest przystosowana i nie posiada miejsc całodobowego pobytu.
5. Placówka nie jest przystosowana do pobytu i nie przyjmuje:
  - a) osób, których stan zdrowia wymaga stałej opieki i indywidualnej terapii, w tym osób leżących,
  - b) osób zaburzonych psychicznie lub osobowościowo,
  - c) osób, u których stwierdzono zaawansowane zmiany psychoorganiczne.

**Część I. Dane osoby ubiegającej się o miejsce**

|    |                    |  |
|----|--------------------|--|
| 1. | Imię i nazwisko    |  |
| 2. | PESEL              |  |
| 3. | Adres zamieszkania |  |

**Część II. Podstawowa opieka zdrowotna dla osoby ubiegającej się o miejsce**

|  |
|--|
| Nazwa i adres właściwej przychodni POZ:        |
| nr telefonu                                    |
| Imię i nazwisko lekarza rodzinnego/POZ         |
| nr telefonu                                    |
| Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej/POZ |
| nr telefonu                                    |



**Część III. Informacje o stanie zdrowia ww. osoby mające wpływ na uczestnictwo w  
Dziennym Domu Senior+**

|     |   |
|-----|---|
| 1.  | Poziom funkcjonowania zmysłów: wzrok, słuch   |
| 2.  | Sprawność fizyczna / ruchowa, czy porusza się samodzielnie / o kuli / balkoniku / na wózku?                               |
| 3.  | niepełnosprawność, rodzaj, spowodowane nią ograniczenia   |
| 4.  | Choroby / schorzenia somatyczne, w szczególności przewlekłe, spowodowane nimi ograniczenia                                |
| 5.  | Alergia / uczulenia, rodzaj, spowodowane nimi ograniczenia  |
| 6.  | Stany wywołane innymi czynnikami (np. uzależnieniami), spowodowane nimi ograniczenia                                      |
| 7.  | Leki przyjmowane stale w godz. 8.00 -1 6.00 (nazwy leków, godziny przyjmowania)   |
| 8.  | Zalecana / stosowana dieta  |
| 9.  | Samodzielność w funkcjonowaniu, konieczność pomocy osoby drugiej w codziennych czynnościach życiowych i zakres tej pomocy |
| 10. | Sprawność intelektualna, pamięć, koncentracja, zdolność i adekwatność analizy i oceny swojego stanu zdrowia               |



|     |   |
|-----|---|
|     |   |
| 11. | Konieczność stałej opieki i indywidualnej terapii   |
| 12. | Występowanie zaawansowanych zmian psychoorganicznych                                      |
| 13. | Występowanie zaburzeń psychicznych lub osobowościowych                                    |
| 14. | Inne, nie ujęte powyżej ważne uwagi, dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej |

#### **Część IV. Opinia lekarza**

Stwierdza się (właściwe podkreślić)

1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu Pana/Pani .....  
.....w Dziennym Domu Senior+
2. Występowanie przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu Pana/Pani.....  
.....w Dziennym Domu Senior+
3. Brak przeciwwskazań do uczestniczenia Pani/Pana .....  
.....w zajęciach ruchowych - kinezyterapii,  
sportowo -rekreacyjnych, aktywizacyjnych oraz indywidualnych z fizjoterapeutą  
w Dziennym Domu Senior+
4. Występowanie przeciwwskazań do uczestniczenia Pani/Pana .....  
.....w zajęciach ruchowych – kinezyterapii,  
sportowo-rekreacyjnych, aktywizacyjnych oraz indywidualnych z fizjoterapeutą  
w Dziennym Domu Senior+

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza POZ/Rodzinnego

