

Miejscowość dnia

.....
(pieczęć przychodni)

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

Ogólne informacje o Dziennym Domu Senior+

1. Dom przeznaczony jest dla mieszkańców Gminy Głuchołazy, 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 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 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.
5. Placówka nie jest przystosowana i nie posiada miejsc całodobowego pobytu.

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. Informacja o stanie zdrowia ww. osoby mającym wpływ na uczestnictwo Dziennym Domu Senior+

1.	Poziom funkcjonowania zmysłów: wzrok, słuch
2.	Sprawność fizyczna / ruchowa, czy porusza się samodzielnie / o kuli / balkoniku/ na wózku?

Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020



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 (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

Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020



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+

.....
(data, podpis i pieczęć lekarza POZ/Rodzinnego)