Załącznik nr 3 do Regulaminu Dziennego Domu Pobytu Senior+

Miejscowość…………………..Dnia………….

………………………………….

(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+

1. Występowanie przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu Pana/Pani……………

……………………………………………..w Dziennym Domu Senior+

1. Brak przeciwwskazań do uczestniczenia Pani/Pana ………………………….......

……………………………………………..w zajęciach ruchowych - kinezyterapii,

sportowo -rekreacyjnych, aktywizacyjnych oraz indywidualnych z fizjoterapeutą

w Dziennym Domu Senior+

1. 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