

Kołobrzeg, dn.

.....
(pieczęć przychodni)

**Miejski Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Kołobrzegu**

**Informacja o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o miejsce w Kołobrzskim
Dziennym Domu Pomocy dla Seniorów – Kołobrzeg ul. Okopowa 15a.**

Ogólne informacje o Kołobrzskim Dziennym Domu Pomocy dla Seniorów:

1. Dom przeznaczony jest dla mieszkańców Kołobrzegu, nieaktywnych zawodowo w wieku 60 i więcej lat.
2. Dom posiada 24 miejsca dziennego pobytu, a pobyt w nim jest odpłatny.
3. Dom funkcjonuje 7 godzin dziennie w godz. 7.45 – 14.45 przez cały rok, w dni robocze.
4. Celem Domu jest aktywizacja społeczna, integracja, włączanie społeczne osób starszych do społeczności lokalnej.
5. W trakcie pobytu seniorom zapewnia się dwa posiłki.
6. Placówka nie jest przystosowana do pobytu i nie przyjmuje:
 - a. osób, których stan zdrowia wymaga stałej indywidualnej opieki i terapii, w tym osób leżących,
 - b. osób zaburzonych psychicznie lub osobowościowo,
 - c. osób, u których stwierdzono zaawansowane zmiany psychoorganiczne.
7. Placówka nie jest przystosowana i nie posiada miejsc całodobowego okresowego pobytu.

Część I. Dane osoby ubiegającej się o miejsce

1.	Imię i nazwisko	
2.	PESEL	
3.	Adres zamieszkania	Kołobrzeg, ul.

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 w Kołobrzskim Dziennym Domu Pomocy dla Seniorów

1.	poziom funkcjonowania zmysłów: wzrok, słuch
2.	sprawność fizyczna / ruchowa, czy porusza się samodzielnie / o kuli /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. 7.30 – 15.00 (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 indywidualnej opieki i 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 Kołobrzeskim Dziennym Domu Pomocy dla Seniorów.

2. Występowanie przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu Pana/Pani
 w Kołobrzeskim Dziennym Domu Pomocy dla Seniorów.

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

Część V. Wskazania do uczestnictwa w oferowanych w placówce formach aktywności:

Lp.	Rodzaj aktywności	Wskazania TAK / NIE
1.	Terapia zajęciowa, zajęcia edukacyjno – integracyjne	
2.	Zajęcia o charakterze psychoterapeutycznym i psychoedukacyjnym	
3.	Zajęcia podnoszące sprawność fizyczną	
4.	Zajęcia edukacyjno - integracyjne poza placówką (na terenie miasta i poza nim)	
5.	Inne (<i>proszę wskazać rodzaj zajęć</i>):	

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