

Karta osoby ubiegającej się o miejsce w Kołobrzесьkim Dziennym Domu Pomocy dla Seniorów, Kołobrzeg ul. Okopowa 15a

CZĘŚĆ I – Dane uczestnika

1.	Imię i nazwisko	
2.	Data urodzenia	
3.	PESEL	
4.	Nr i seria dowodu osobistego	
5.	Adres zamieszkania	
6.	Nr telefonu osobistego	

CZĘŚĆ II – Sytuacja rodzinna (właściwie zakreślić)

1. Osoba samotna	2. Osoba samotnie zamieszkująca	3. Osoba w rodzinie
------------------	---------------------------------	---------------------

CZĘŚĆ III – Sytuacja zdrowotna uczestnika (właściwie zakreślić, wpisać)

1.	niepełnosprawność (załączyć orzeczenie)	TAK symbol niepełnosprawności	NIE
2.	choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe	TAK wymienić jakie:	NIE
3.	alergia / uczulenia	TAK wymienić jakie:	NIE
4.	uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne)	TAK wymienić jakie:	NIE
5.	leki przyjmowane stałe w godz. 7.30 – 15.00	TAK godz. lek godz. lek godz. lek	NIE

		TAK	NIE
6.	stosowana / wymagana dieta	rodzaj diety, krótki opis:	
7.	wymagane wsparcie przy poruszaniu się	- nie wymaga	
		- pomoc osoby drugiej	- kule/laska
		- wózek inwalidzki	- balkonik
8.	stosowanie innych środków pomocniczych	- nie wymaga	
		- okulary korekcyjne	- aparat słuchowy
		- inne:	
9.	sposób dotarcia do placówki oraz powrót	- samodzielnie	
		- pod opieką osoby drugiej: imię i nazwisko..... nr telefonu	
10.	zachowanie higieny osobistej	- samodzielnie	
		- wymagana pomoc osoby drugiej	
11.	INNE, nie ujęte powyżej ważne uwagi, dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej:		

CZĘŚĆ IV - Informacje, które mogą mieć wpływ na sposób funkcjonowania uczestnika w placówce (zainteresowania, hobby, umiejętności, współdziałanie w grupie, itp.):

CZĘŚĆ V – Podstawowa opieka medyczna

właściwa przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej	nazwa i adres przychodni POZ nr telefonu
lekarz rodzinny/POZ	imię i nazwisko

CZĘŚĆ VI – Dane osób upoważnionych do kontaktu z kadrą Domu w sprawach uczestnika (podać dane minimum jednej osoby dorosłej, spokrewnionej lub w sąsiedztwie)

OSOBA NR 1	
Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon	
Inne możliwości kontaktu	
OSOBA NR 2	
Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon	
Inne możliwości kontaktu	

.....
(data i czytelny podpis Uczestnika)

SPORZĄDZIŁ:

.....
(data i podpis pracownika socjalnego)