Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji do Dziennego Domu Pobytu „Senior+” w Kole

Miejscowość…………………..Dnia………….

………………………………….

(pieczęć przychodni)

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

|  |
| --- |
| **Ogólne informacje o Dziennym Domu „Senior+” w Kole**   1. Dom przeznaczony jest dla mieszkańców Gminy Miejskiej Koło, 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 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+” w Kole**

|  |  |
| --- | --- |
| 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. 8.00-16.00 (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+” w Kole

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

……………………………………………………...w Dziennym Domu „Senior+” w Kole

…………………………………………………………..

Data, podpis i pieczęć lekarza POZ/Rodzinnego