

## Karta osoby ubiegającej się o pobyt w Dziennym Domu Seniora w Gryficach

### CZEŚĆ I. Dane osoby ubiegającej się o miejsce

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

### CZEŚĆ II. Sytuacja rodzinna (właściwie zakreślić)

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

### CZEŚĆ III. Sytuacja zdrowotna osoby ubiegającej się o miejsce (właściwie zakreślić, wpisać)

1.	niepełnosprawność (załączyć orzeczenie)	TAK Symbol niepełnosprawności.....	NIE
2.	Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe	TAK wymieniń jakie:	NIE
3.	alergia /uczulenia	TAK wymieniń jakie:	NIE
4.	Uzależnienia (nikotyna,kawa, alkohol, leki, inne)	TAK wymieniń jakie:	NIE
5.	Leki przyjmowane stałe w godz. 7.00-15.00	TAK godz.....lek..... godz.....lek..... godz.....lek.....	NIE
6.	Stosowana/ wymagana dieta	TAK , rodzaj diety..... krótki opis:	NIE

7.	Wymagane wsparcie w poruszaniu się	-nie wymagana - pomoc osoby drugiej -kule/laska -balkonik -wózek-inwalidzki inne.....
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 - wymaga pomocy 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/Uczestniczki w placówce (zainteresowania, hobby, umiejętność, 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 kadrami Domu w sprawach Uczestnika/Uczestniczki (podać dane minimum jednej osoby dorosłej, spokrewnionej lub w sąsiedztwie)**

Dane	1) Osoba	2) Osoba
Imię i nazwisko		
Stopień pokrewieństwa		
Telefon		
Inne możliwości kontaktu		
Inne możliwości kontaktu		

.....

(data i czytelny podpis pracownika socjalnego)

.....

(data i czytelny podpis uczestnika)