

.....  
(pieczęć przychodni)

**Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Plac Zwycięstwa 37  
72-300 Gryfice**

**Informacja o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o pobyt  
w Dziennym Domu Seniora w Gryficach**

**Ogólne informacje o Gryfickim Dziennym Domu dla Seniorów**

- 1) Dom przeznaczony jest dla mieszkańców Gryfic, nieaktywnych zawodowo w wieku 60 i więcej lat.
- 2) Dom posiada 40 miejsc dziennego pobytu, a pobyt w nim jest odpłatny.
- 3) Dom funkcjonuje 8 godzin dziennie w godz. 7.00-15.00 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 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	

**Część II. Podstawowa opieka zdrowotna dla osób ubiegających się o miejsce**

Nazwa, adres i telefon właściwej przychodni POZ:
Imię i nazwisko lekarza rodzinnego/POZ:
Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej/POZ:
Numer telefonu

**Część III. Informacja o stanie zdrowia ww. osoby mającym wpływ na uczestnictwo w Dziennym Domu Seniora w Gryficach**

1.	Poziom funkcjonowania zmysłów: wzrok, słuch
2.	Sprawność fizyczna/ruchowa, czy porusza się samodzielnie/ o kuli / na wózku?
3.	Niepełnosprawność, rodzaj i spowodowane nią ograniczenia
4.	Choroby i schorzenia somatyczne, w szczególności przewlekłe i spowodowane nimi ograniczenia:
5.	Alergia/ uczulenia, rodzaj i spowodowane nimi ograniczenia
6.	Stany wywołane innymi czynnikami (np. uzależnieniami) i spowodowane nimi ograniczenia
7.	Leki przyjmowane stale w godz. 7.00-15.00 (nazwy leków, godziny przyjmowania)
8.	Zalecenia / stosowana dieta
9.	Samodzielność w funkcjonowaniu-czy istnieje 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.	Czy istnieje konieczność zapewnienia 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. Wskazania do uczestnictwa w oferowanych w placówce formach aktywności:**

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

#### **Część V. Opinia lekarza**

Stwierdza się (właściwe podkreślić):

-brak przeciwwskazań zdrowotnych

-występowanie przeciwwskazań zdrowotnych

do pobytu Pana/Pani .....

w Dziennym Domu Seniora w Gryficach

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