



Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Ośrodka Pomocy Społecznej w Podegrodziu w ramach Projektu RPMP.09.02.03-12-0444/19 pt. „Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji dla osób starszych w Gminie Podegrodzie” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 9 Oś Priorytetowa Region spójny społecznie Działanie 9. 2 Usługi społeczne i zdrowotne Poddziałanie 9.2.3 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – SPR

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

STWIERDZAM/ NIE STWIERDZAM*, że pacjent jest osobą niesamodzielną¹

Stwierdzam, że u pacjenta **WYSTĘPUJĄ/ NIE WYSTĘPUJĄ*** przeciwwskazania do pozostawiania pod opieką placówki dziennej opieki dla osób 60+

STWIERDZAM/ NIE STWIERDZAM*, że pacjent cierpi na dolegliwość/chorobę związaną z pogarszaniem się stanu zdrowia i mającą wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Uwagi:

.....
.....

.....
(Miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić



¹Osoba niesamodzielna to osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielne wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

KARTA OCENY PACJENTA

1. Wskazania/ przeciwwskazania do udziału w formach wsparcia zapewnianych przez placówkę:

Forma wsparcia	Wskazania/przeciwwskazania (proszę o wstawienie X przy każdej formie wsparcia zgodnie z zaleceniami)	
Arteterapia	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Muzykoterapia	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Biblioterapia	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Choreoterapia	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Terapia kulinarna	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Terapia reminiscencyjna	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Terapia rozrywkowa	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:



Ergoterapia	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Terapia ruchowa	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Terapia informatyczna	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:
Udział w zajęciach na basenie	Zalecane <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Przyczyna:

2. Alergie: /pokarmowa, kontaktowa, wziewna/ (Proszę wyszczególnić na co pacjent jest uczulony):

.....
.....
.....

3. Nałogi (podkreślić prawidłowe):

palenie papierosów TAK/NIE
nadużywanie alkoholu TAK/NIE
uzależnienia od leków TAK/NIE
inne.....

4. Środki farmakologiczne przyjmowane przez pacjenta na stałe i doraźnie – na podstawie recepty:

LP.	NAZWA LEKU	DAWKOWANIE (0-0-0)

