*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 **WYSTEPUJĄ/ NIE WYSTĘPUJĄ\*** przeciwskazania do pozostawania pod opieką placówki dziennej opieki dla osób 60+

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

Uwagi:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………. ……………………………………………..

(Miejscowość, data) (pieczątka 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 □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Muzykoterapia | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Biblioterapia | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Choreoterapia | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Terapia kulinarna | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Terapia reminiscencyjna | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Terapia rozrywkowa | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Ergoterapia | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Terapia ruchowa | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Terapia informatyczna | Zalecane □ | Przeciwwskazania □Przyczyna:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Udział w zajęciach na basenie | Zalecane □ | Przeciwwskazania □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) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………………. ……………………………………………..

(Miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)