

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO OŚRODKA WSPARCIA
DZIENNEGO DLA OSÓB Z ZESPOŁEM OTEPIENNYM**

Imię Nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (opis w języku polskim):

.....

Data rozpoznania choroby.....

2. Przyjmowane leki oraz sposób dawkowania:

.....

.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

4. Czy osoba zgłasza potrzeby fizjologiczne, czy korzysta z pampersa?

tak - dzień/ noc

nie

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęty rehabilitacyjne oraz środki pomocnicze (np. pampersy). Ewentualnie potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

6. Zalecany zakres opieki i pielęgnacji:

- czy osoba jest zdolna do wykonywania podstawowych czynności w zakresie samoobsługi

tak

nie

- osoba porusza się; samodzielnie, o kulach, na wózku inwalidzkim, z pomocą drugiej osoby*

- przyjmuje pokarmy : samodzielnie, jest karmiona przez drugą osobę, wymaga stosowania specjalnej diety *(jeżeli tak to jakiej?).....

- rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie).....

7. Stan psychiczny:

Orientacja osoby chorej

- we własnej osobowości

- w czasie

- w otoczeniu

- w sytuacji

dobra

średnia

brak

8. Zaświadcza się, że stan zdrowia osoby ubiegającej się o pobytu w Ośrodku Wsparcia Dziennego dla osób z zespołem otępiennym nie zagraża życiu i zdrowiu własnemu oraz innych osób i nie wymaga leczenia szpitalnego. Do Ośrodka przyjmowane są tylko osoby zgłaszające potrzeby fizjologiczne.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*Właściwe podkreślić