

Gryfino, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(telefon)

**Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Łużycka 12
74-100 Gryfino**

Zwracam się z prośbą o skierowanie do Dziennego Domu Senior + w Gryfinie. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wywiadu środowiskowego.

.....
(podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

I. Pan/Pani

(imię i nazwisko)

osoba ubiegająca się o skierowanie do Dziennego Domu Senior + w Gryfinie może uczestniczyć w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii) – TAK /NIE*

sportowo – rekreacyjnych – TAK / NIE*

aktywizujących – TAK /NIE*

II. Występują przeciwwskazania / brak jest przeciwwskazań * do uczestnictwa w zajęciach Dziennego Domu Senior+

***właściwe zakreślić**

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)



KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA
Dziennego Domu „Senior +” w Gryfinie

I. Dane ogólne:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

II. Krótki opis sytuacji rodzinnej:

.....

.....

.....

.....

.....

III. Krótki opis sytuacji zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Orzeczenie ważne jest: ☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:.....

.....
(podpis uczestnika)

(podpis uczestnika)



Karta informacji zdrowotnej

Imię:		Nazwisko:			
Data urodzenia:		Data badania:			
Zachorowanie na choroby przewlekłe:					
Cukrzyca	TAK	NIE	Jaskra	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	Zwyrodnienie kręgosłupa - w jakim odcinku:	TAK	NIE
Miażdżyca	TAK	NIE			
Astma	TAK	NIE	Zwyrodnienia stawów:		
Choroby tarczycy	TAK	NIE	Kolanowych	TAK	NIE
Choroba reumatyczna	TAK	NIE	Biodrowych	TAK	NIE
Padaczka	TAK	NIE	Ramiennych	TAK	NIE
Zespół Parkinsona	TAK	NIE	Krzyżowo-biodrowych	TAK	NIE
Choroba Alzheimera	TAK	NIE	Depresja	TAK	NIE
Stan po udarze mózgu	TAK	NIE	Osteoporoza	TAK	NIE
Zaćma	TAK	NIE	Zespół otępienny	TAK	NIE
Choroba niedokrwienna serca	TAK	NIE	Nowotwory	TAK	NIE
Zaburzenia słuchu	TAK	NIE	Dna moczanowa	TAK	NIE
Aktualnie przyjmowane leki:					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

Przebyte choroby i urazy układu ruchu (złamania, operacje, endoprotezy, itp.):

.....

.....

.....

.....

.....

Zaburzenia neurologiczne (np. udary):

.....

.....

.....

.....

.....

Epizody i operacje kardiologiczne:

.....

.....

.....

.....

Przebyte zabiegi chirurgiczne:

.....

.....

.....

.....

.....

Uczulenia:

.....

.....

.....

Zalecenia rehabilitacyjne:

.....

.....

.....

.....

Proszę o zaznaczenie ćwiczeń, które mogą być wykonywane w ośrodku:

Ćwiczenia bierne/czynno-bierne Okolica ciała:		Ćwiczenia czynne w odciążeniu Okolica ciała:	
Ćwiczenia czynne wolne Okolica ciała:		Ćwiczenia ogólnousprawniające	
Masaż suchy Okolica ciała:		Ćwiczenia ogólnousprawniające w wodzie	

Inne zalecenia i uwagi:

.....

.....

.....

.....

Podpis i pieczętka lekarza