

DANE O KANDYDACIE:

Imię:

Nazwisko:

Adres:

.....

.....

(Miejscowość, data)

**Kierownik
Środowiskowego Domu Samopomocy „SOTERIA”
w Wyszkanie**

**PODANIE O PRZYJĘCIE do
Środowiskowego Domu Samopomocy „SOTERIA”**

Proszę o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy „Soteria” w Wyszkanie i objęcie ofertą usług świadczonych przez tę placówkę.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem organizacyjnym placówki i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

(czytelny podpis kandydata)

Wyrażam zgodę na skierowanie do ŚDS „SOTERIA” na okres tj. okres niezbędny do realizacji indywidualnego postępowania wspierająco- aktywizującego

.....
(pieczęć zakładu)

OPINIA LEKARZA RODZINNEGO
dotycząca uczestnika zajęć
Środowiskowego Domu Samopomocy „Soteria ” w Wyszkanie

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Rozpoznanie

.....

4. Ogólny stan zdrowia

5. Zmiany skórne

6. Czy wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)

.....

.....

uczulenia:

7. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?

.....

.....

8. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny,
okoliczności, datę ostatniego ataku).....

.....

.....

9. Uwagi uzupełniające i zalecenia

10. Konsultacje specjalistyczne

11. Czy ocena stanu zdrowia pozwala na uczestniczenie w zajęciach grupowych ŚDS?

TAK NIE

12. informacja o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

.....
(pieczęć zakładu)

OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY lub NEUROLOGA
dotycząca uczestnika zajęć
Środowiskowego Domu Samopomocy „Soteria” w Wyszkanie

1. Imię i nazwisko.....

2. Adres

3. Rozpoznanie

4. Zalecane leki, dawkowanie

.....

5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli
specjalistycznej, stosowania
leków

.....

w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków,
niezbędnego postępowania.....

.....

.....

6. Ilość hospitalizacjiostatnia hospitalizacja

7. Zachowania niebezpieczne: występowały - tak/nie na czym
polegały

.....

.....

kiedy ostatni raz

zwiastuny.....

.....

zalecane środki

ostrożności

.....

.....

8. Inne ważne

informacje

.....

.....

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)