*/miejscowość, data/*

**WNIOSEK**

o przyznanie pomocy w formie skierowania

do Środowiskowego Domu Samopomocy w Żeronicach

1. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie

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

*/imię i nazwisko oraz data urodzenia /*

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

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

*/adres zamieszkania, telefon/*

1. Dane opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej)

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

*/imię i nazwisko/*

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

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

*/adres zamieszkania, telefon/*

1. Proszę o przyznanie pomocy w formie skierowania na pobyt dzienny do Środowiskowego Domu Samopomocy w Żeronicach

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

*/podpis osoby zainteresowanej lub opiekuna prawnego/*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

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

1. Wiek …………………………………….
2. Czy osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy

Tak Nie

1. Choroby somatyczne
2. Diagnoza………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zalecenia ( stosowane leki,dawki)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy\*

 pielęgnacja chorych

 pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym

 leczenie , badanie i porady lekarskie

 rehabilitacja lecznicza

 badanie i terapia psychologiczna

 działania zapobiegawcze

1. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy \*

Tak Nie

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry \* Tak Nie

Zalecana konsultacja psychologa \* Tak Nie

1. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)

\*Właściwe proszę zakreślić

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dobrej moich danych osobowych

: w celu dopełnienia obowiązków określonych przepisami prawa i

w celach archiwalnych.

Jednocześnie oświadczam, że poinformowano mnie, że administratorem moich danych osobowych jest MGOPS i że dane te są przetwarzane w w/w celach oraz o dobrowolności podania

swoich danych osobowych i prawie wglądu

do nich jak również ich poprawiania.

 …………………………..

 data i podpis

\*w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej podpisuje jej opiekun prawny

***Zaświadczenie dla osób ubiegających się o skierowanie***

***do Środowiskowego Domu Samopomocy w Gorzycach***

*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

1. **Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Żeronicach**

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

*/imię i nazwisko, data urodzenia/*

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

*/adres zamieszkania/*

1. **Rozpoznanie kliniczne**
	1. zaburzenia psychiczne
		* + 1. choroba psychiczna……………………………………………..………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

* + - * 1. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych ……………………………………………………………………………………………………………
			* alkoholizm : tak nie\*
			* narkomania: tak nie\*
			* lekomania: tak nie\*
			* inne (wpisać jakie) ………………………………………..…………….……………………………….
	1. upośledzenie umysłowe/demencja…………………………...………………………………………………
* przyczyna…………………………………………….…………………………….………….…………
* stopień upośledzenia/demencji…….………...…………………………………………………………...
1. epilepsja (rodzaj napadów)…………………………………………………………………………………..
2. inne zaburzenia neurologiczne ………………………………………………………………………………
3. Wywiad, istotne dane kliniczne
	1. Przebieg leczenia………………………………….………………………………………………………….

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

* 1. Pobyty w szpitalu…………………………..…….………………………………………………………….

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

* 1. Objawy choroby …………………………………….……………………………………………………….

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

* 1. Aktualny stan zdrowia…………………………...……….………………………………………………….

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

* 1. Zalecone leki (nazwa, dawkowanie) ……………………...…………………………………………………

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

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

* 1. Prognoza lekarska …………………………………………..……………………………………………….

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

1. Proponowany okres korzystania z usług ŚDS …………………………...………………..
2. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:\*

Typ A – dla osób przewlekle chorych psychicznie

Typ B – dla osób upośledzonych umysłowo

1. Uwagi uzupełniające……………………………………………………………………….……………….

 …….…………………………………………...............

 */Miejscowość i data/ /Podpis i pieczęć lekarza specjalisty/*