



**SKIEROWANIE LEKARSKIE
do Klubu Seniora dla osób niesamodzielnych**

.....
.....
(Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Klubu Seniora)

.....
(PESEL)

.....
(adres)

I. Treść skierowania:

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

II. Schorzenia współistniejące*:

- choroba zakaźna **tak – nie** , jeśli tak, to
jaka?.....
- gruźlica **tak – nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**
- narkomania **tak – nie**
- alkoholizm **tak nie**
- choroba psychiczna **tak – nie, jeśli tak , to jaka**
?.....
- choroba nowotworowa
.....
- zespół otępienia (Alzheimer)

III. Stopień niesamodzielności: (proszę zakreślić właściwe odpowiedzi)

| | |
|---|--------------------------|
| Kontakt słowny utrudniony | <input type="checkbox"/> |
| Nie trzymanie moczu | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc przy ubieraniu się (m.in. zapinanie guzików, zasuwanie zamków, wiązanie sznurowadeł, itp.) | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w myciu się | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w poruszaniu się | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w jedzeniu | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w zażywaniu leków | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w korzystaniu z toalety | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w wychodzeniu z domu | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w schodzeniu/wchodzeniu po schodach | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w czynnościach gospodarczych, jeśli tak to w jakich: (np. gotowanie posiłku, robienie zakupów, sprzątnięcie, załatwianie spraw urzędowych, organizowaniu sobie czasu, itp.) | <input type="checkbox"/> |

IV. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga*:

- **dziennej opieki i nie wymaga hospitalizacji tak – nie**
- **gimnastyki ogólnousprawniającej tak – nie**
- **fizjoterapii tak – nie:**

Jeśli tak:

.....

.....

.....

Jeśli nie:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć poradni POZ)
data)

.....
(pieczęć , podpis lekarza,
data)

*właściwe podkreślić