

Wypełnia osoba ubiegająca się o pomoc

WNIOSEK

O przyznanie pomocy w formie skierowania do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Golubiu-Dobrzyniu ul. Koppa 1, 87-400 Golub - Dobrzyń

1. Pan(i).....

/ imię i nazwisko oraz data urodzenia /

zam.tel.....

2. Dane opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej)

.....

/ imię i nazwisko oraz data urodzenia /

zam.tel

3. Proszę o przyznanie pomocy w formie skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy w Golubiu - Dobrzyniu

.....

/za zgodność podpisu/

.....

/podpis osoby zainteresowanej
lub opiekuna prawnego/.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Golubiu -Dobrzyniu

.....

2. Wiek

3. Czy osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy?

Tak

Nie

4. Choroby somatyczne

Diagnoza:.....
.....

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie):

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

5. Sprawność w zakresie lokomocji/ dot. osób niepełnosprawnych fizycznie/

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

6. 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

7. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy?

Tak

Nie

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry
(w przypadku zaburzeń psychicznych)

Tak

Nie

Zalecana konsultacja psychologa
(w przypadku upośledzenia umysłowego lub otępienia)

Tak

Nie

.....

Miejscowość i data

.....

podpis i pieczętka lekarza

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób Dorosłych Przewlekle Psychiczenie Chorych i Niepełnosprawnych Intelktualnie w Golubiu-Dobrzyniu

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy pod względem:

a) intelektualnym.....

b) emocjonalnym

c) społecznym

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań

5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?.....

6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji

7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres)

..... numer telefonu

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

Miejscowość, data

.....
podpis psychologa

Wyniki badania lekarza psychiatry lub neurologa dotyczy osób upośledzonych i z zaburzeniami psychicznymi.

Na podstawie badań klinicznych z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się u osoby badanej

.....
/ imię i nazwisko/

1. ROZPOZNANIE – wpisać dokładnie rozpoznanie kliniczne zgodnie z ICD - 10 z podaniem kategorii

- zaburzenia psychiczne

- choroba psychiczna.....

- inne zakłócenia możliwości psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych

- uzależnienia:

- a) alkoholizm : tak nie*
- b) narkomania: tak nie*
- c) lekomania: tak nie*
- d) inne (wpisać jakie)

2. upośledzenie umysłowe:

3. Epilepsja: tak nie*

4. w / wymieniona osoba stanowi zagrożenie;

- dla siebie tak nie*

- dla otoczenia tak nie*

5. ostatni pobyt w szpitalu psychiatrycznym (dołączyć kserokopię)

.....
/czas pobytu/

.....
/częstość hospitalizacji/

6. Objawy choroby (dokładny opis)

.....
*właściwe podkreślić

Na podstawie badań klinicznych z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że badana osoba

.....
/ imię i nazwisko/

1. Powinna być skierowana do Środowiskowego Domu Samopomocy w Golubiu - Dobrzyniu.

- w/w zalecono pobieranie leków (dokładnie wypełnić – nazwa leku i dawkowanie)

1)

2)

3)

4)

5)

2. Nie kwalifikuje się Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób Dorosłych przewlekle Psychicznie Chorych i Niepełnosprawnych Intelktualnie w Golubiu-Dobrzyniu z powodu przeciwwskazań zdrowotnych*.

Wyjaśnienie: Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy w Golubiu - Dobrzyniu jest: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowego Domu Samopomocy Środowiskowego dla osób z jej otoczenia oraz gruźlica w stadium zakaźnym.

.....
/miejsowość data/

.....
/ podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić