

**Oświadczenie osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opieki Wytchnieniowej „Dom Światła” określające poziom samodzielności**

**Imię i nazwisko**

.....

**PESEL**

.....

**Adres**

.....

**Określenie poziomu samodzielności:**

( wypełnia podopieczny lub opiekun – wstawić znak X w odpowiednie pole )

Lp.	Czynności	Nie potrafi	Potrafi z pomocą	Samodzielnie
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Utrzymanie higieny osobistej			
3.	Mycie/ kąpiel			
4.	Korzystanie z WC			
5.	Kontrolowanie potrzeb fizjologicznych			
6.	Ubieranie i rozbieranie się			

**Stopień aktywności ruchowej:**  wstaje z łóżka samodzielnie,  wstaje z łóżka

tylko z pomocą,  całkowite unieruchomienie w łóżku

**Poruszanie się:**  samodzielnie,  o kulach/lasce,  o balkoniku,  na wózku,  nie

potrafi **Zaburzenia neuropsychiczne:**  bez zaburzeń,  łagodna demencja

(zorientowany w miejscu i czasie),  ciężka demencja lub depresja

**Konieczność stosowania** (stosowne zakreślić lub dopisać):  okulary,  aparat słuchowy,

kule/laska,  balkonik,  wózek inwalidzki,  pampersy,  protezy,  inne

.....

**Wywiad chorobowy:**

Przebyte i obecne choroby:

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

Związane z tym obecnie problemy:

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

Przyjmowane leki (zabrać kartę informacyjną od lekarza)

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

Inne, ważne informacje:

-dieta:  NIE;  TAK

jaka.....

-stwierdzone uczulenia:  NIE;  TAK,

jakie.....

-istnienie odleżyn:  NIE ;  TAK, gdzie i jak silne

.....

-nałogi:  NIE;  TAK,

jakie.....

-przyzwyczajenia i nawyki:

.....

-zainteresowania:

.....

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis podopiecznego lub opiekuna prawnego