

Darłowo, dnia

.....
(pieczętka przychodni)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Darłowie

Informacja o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o przyznanie usług opiekuńczych

Imię i nazwisko chorego:

Rok urodzenia:

Adres zamieszkania:

Proszę wypełnić przez postawienie krzyżyka w odpowiedniej rubryce:

Lp.	Ocena stanu psychicznego fizycznego	Pełny	Ograniczony	Brak
1.	Umiejętność własnej oceny sytuacji			
2.	Wzrok			
3.	Sprawczość / chodzenia / poza domem			
4.	Sprawność / chodzenia / w domu			
5.	Sprawność rąk			
6.	Schylanie			
7.	Panowanie nad zwieraczami			
8.	Odpowiedzialność osobista w prowadzeniu gospodarstwa domowego			
9.	Odpowiedzialność osobista w utrzymaniu higieny osobistej			
10	Zaburzenia psychiczne			

UWAGI: Wymaga opieki osobistej osoby drugiej

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)