PROFIL OSOBY Z OGRANICZONĄ SAMODZIELNOŚCIĄ – INFORMACJE OPIEKUNA O CHORYM

Imię i nazwisko osoby z ograniczoną samodzielnością .....

Wiek ..... lat

Osoba zmaga się z zespołem chorób otępiennych

- Tak
- Nie

Jeśli tak, proszę wskazać od ilu lat jest leczona .....

Szanowni Państwo,

W trosce o zapewnienie jak najlepszej opieki osobie korzystającej ze wsparcia **Klubu Świadomego_ej Opiekuna_ki** prosimy o przekazanie informacji dotyczących jej indywidualnych potrzeb, preferencji, upodobań oraz ewentualnych trudności i wyzwań pojawiających się w codziennej opiece. Informacje te pozwolą nam dostosować wsparcie do indywidualnej sytuacji podopiecznego/ej oraz zapewnić opiekunowi poczucie bezpieczeństwa i komfortu.

- **Przyjmowane leki:**
  - .....
  - .....
  - .....
- **Często uskarża się na:**
  - .....
  - .....
  - .....
- **Funkcjonowanie i zakres wymaganej pomocy (propozycje do zakreślenia/uzupełnienia):**
  - Ma trudności z rozumieniem poleceń, wymaga ich powtarzania lub dodatkowych wyjaśnień;
  - Występują problemy z pamięcią (np. zapominanie bieżących informacji, trudności z przypominaniem sobie wydarzeń);
  - Występują zaburzenia koordynacji ruchowej lub równowagi (np. drżenie rąk, niepewny chód, inne) .....;
  - Wymaga pomocy lub nadzoru podczas poruszania się, ma trudności z orientacją w przestrzeni;
  - Wymaga pomocy przy czynnościach higienicznych i pielęgnacyjnych;
  - Wymaga pomocy podczas spożywania posiłków i przyjmowania płynów;
  - Wymaga przypominania o podstawowych potrzebach (np. jedzeniu, piciu, korzystaniu z toalety);
  - Ma trudności z samodzielnym wykonywaniem codziennych czynności i wymaga stałego nadzoru;
  - Inne: .....

- **Wyżywienie (do zakreślenia):**
  - Nie wymaga specjalnej diety;
  - Stosuje dietę (jaką?): .....;
  - Ma trudności z gryzieniem lub połykaniem;
  - Wymaga pomocy lub przypominania o regularnym spożywaniu posiłków i piciu;
  - Występują alergie lub nietolerancje pokarmowe;
  - Nie powinien/a spożywać: .....;
- **Upodobania (do zakreślenia)**
  - Lubi przebywać w towarzystwie innych osób;
  - Chętnie uczestniczy w zajęciach ruchowych i spacerach;
  - Lubi słuchać muzyki, śpiewać lub tańczyć;
  - Lubi czytać książki i czasopisma;
  - Lubi oglądać telewizję;
  - Chętnie wykonuje prace plastyczne i manualne;
  - Lubi wykonywać proste czynności dnia codziennego;
  - Preferuje spokojne zajęcia i odpoczynek;
  - Inne zainteresowania i upodobania: .....
- **Zachowanie i zmienność samopoczucia (do zaznaczenia):**
  - Lepiej funkcjonuje w godzinach porannych niż popołudniowych lub wieczornych;
  - Występują okresy niepokoju, rozdrażnienia lub pobudzenia;
  - Występuje apatia, wycofanie lub brak motywacji do działania;
  - Zdarzają się trudności we współpracy i wykonywaniu poleceń;
  - Występują zaburzenia orientacji w czasie lub miejscu;
  - Występują problemy z kontrolowaniem potrzeb fizjologicznych;
  - Występują zachwiania równowagi lub ryzyko upadku;
  - Inne, nie wskazane powyżej

  .....

  .....

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679. W związku z przetwarzaniem danych niezbędnych dla realizacji projektu grantowego pn. „Innowacje w samorządzie" FERS.05.01-IZ.00.0001/25 w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus Działanie 5.1 Innowacje społeczne Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane Stowarzyszeniu na rzecz wspierania aktywności seniorów „LABUNTUR ANNI" na podstawie odpowiednich przepisów prawa oraz przetwarzane w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia danych osobowych.

Dziękujemy za wypełnienie informacji o Państwa Podopiecznym!