



INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA	
Imię i nazwisko Uczestniczki/ Uczestnika Dziennego Domu Opieki Medycznej	
Wynik oceny wg skali Barthel	
Data wypełnienia	

[illegible]



PLANOWANE WSPARCIE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA DDOM		
Rodzaj wsparcia	Zaznaczyć właściwe „X”	Zakres wsparcia
Opieka pielęgniarska, w tym edukacja		
Usprawnianie ruchowe		
Terapia zajęciowa - ergoterapia		
Terapia zajęciowa – socjoterapia		
Terapia zajęciowa - arteterapia		
Poradnictwo psychologiczne		
Poradnictwo dietetyczne		
Farmakoterapia		

Powyższe wsparcie zostaje przyznane na okres od do

Uczestniczka/ Uczestnik, będzie korzystał ze wsparcia:

- x w tygodniu (dni robocze)
- h dziennie

..... Podpis Uczestniczki/Uczestnika DDOM	 Podpis Kierownika Zespołu Terapeutycznego DDOM
---	--