

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
numer identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane kandydata/cki do Całodobowego Domu Opieki w Starej Wsi	Imię											
	Nazwisko											
	PESEL											

1. Niniejszym zaświadczam, że Pani / Pan wyżej wymieniona/y jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego takich jak¹:

- robienie zakupów,
- przygotowanie i spożywanie posiłków,
- utrzymanie higieny osobistej,
- kontrolowanie czynności fizjologicznych,
- sprzątnięcie i prowadzenie mieszkania,
- poruszanie się, wychodzenie z domu,
- inne (wskazać jakie)

2. Stwierdzam, że dla ww. Pani/ Pana²:

- może
- nie może

zostać objęty usługą opiekuńczą świadczoną w Całodobowym Domu Opieki w Starej Wsi.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty)

¹ Zaznaczyć właściwe

² Zaznaczyć właściwe