

*Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie
„Razem w Potrzebie-Usługi Społeczne i Zdrowotne w Gminie Dębica”
w zakresie wzrostu jakości usług opiekuńczych oraz specjalistycznych
usług opiekuńczych na terenie Gminy Dębica*

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że Pan / Pani

.....
PESEL

Zamieszkały/a

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

Wskazanie do objęcia usługami w formie:

- usług opiekuńczych,
- wsparcie procesu leczenia (świadczony przez pielęgniarkę),
- rehabilitacji fizycznej,
- wsparcia psychologicznego.

.....
(data)

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