



Załącznik nr 3 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pn. „Utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie gminy Krynica-Zdrój”

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że

Pan/Pani

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkały/a

jest osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek/ niepełnosprawność/
zaburzenia psychiczne/ inne choroby*, wymaga opieki lub wsparcia w codziennym
funkcjonowaniu.

- najważniejsze informacje o stanie zdrowia uczestnika pozwalające na dobór
odpowiednich działań terapeutycznych i opiekuńczych przez kadrę DDP:

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

- u uczestnika *występuję/nie występuje** choroba otępienna lub jej objawy.
- informacje na temat dopuszczalnych form usprawniania ruchowego bądź
ograniczeń uczestnika:

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

Stwierdzam, że:

- ☐ nie ma przeciwwskazań do udziału w Dziennym Domu Opieki
- ☐ istnieją przeciwwskazania do udziału w Dziennym Domu Opieki

*zaznaczyć właściwe

.....
(data)

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