

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Dla potrzeb zakwalifikowania uczestnika do Ośrodka Edukacyjno – Opiekuńczego dla Osób Niepełnosprawnych w Zakopanem ul. Ciągłówka 9.**

Imię, nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... PESEL: .....

Miejsce zamieszkania: Zakopane ul. ....

Informacje dotyczące aktualnego stanu zdrowia:

1. Choroba – pogorszenie się stanu zdrowia mające wpływ na codzienne funkcjonowanie, .....
2. Niepełnosprawność .....
3. Trudności w samodzielnym codziennym funkcjonowaniu.
4. Trudności w samodzielnym przygotowaniu posiłków zwłaszcza ciepłych.
5. Bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego.
6. Trudna sytuacja materialna ( pogorszenie ).
7. Poczucie osamotnienia.
8. Występowanie innych niekorzystnych stanów emocjonalnych.
9. Trudności w organizowaniu czasu wolnego.
10. Trudne relacje z rodziną – bark rodziny.
11. Konieczność podjęcia działań terapeutycznych, opiekuńczych.
12. Dieta .....
13. Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego .....

**Uwaga: Uczestnik nie może być osobą całkowicie niesamodzielną, leżącą, bez kontaktu.**

.....

Data

.....

Pieczętka lekarza/podpis lekarza

Punkty od 1-13 – zakreślić, uzupełnić

DAE-0211-2-127