

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE W FORMIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH
W DOMU DZIENNEGO WSPARCIA**

L. P.	Nazwa	Dane
1.	Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Dziennego Wsparcia	
2.	PESEL	
3.	Rozpoznanie choroby zasadniczej	
4.	Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące	
5.	Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie	
6.	Niezdolność do samodzielnego funkcjonowania i konieczność stałej opieki i pomocy w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.	☐ Tak ☐ Nie
7.	Stan zdrowia pozwala na uczęszczanie do Domu Dziennego Wsparcia świadczącego usługi opiekuńcze.	☐ Tak ☐ Nie

.....
Miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza