



Fundusze Europejskie
dla Pomorza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia kandydata/cki ubiegającego/cej się o wsparcie
w formie usług w Środowiskowym Centrum Wsparcia**

- ☐ **Ośrodek Wsparcia dziennego;**
☐ **Opieka wytchnieniowa**
☐ **Mieszkania treningowe***

Lp.	Imię i nazwisko kandydata/ki	
1.	Data i miejsce urodzenia	
2.	Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona?	☐ Tak ☐ Nie Data od kiedy jest prowadzona:
3.	Rozpoznanie choroby zasadniczej:	
4.	Kandydat/ka ubiegający/ca się o wsparcie jest osobą przewlekle chorą, ale jej aktualny stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego	☐ Tak ☐ Nie
5.	Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:	
6.	Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:	
7.	Czy istnieje konieczność konsultacji kandydata/cki ubiegającego/cej się o wsparcie przez:	☒ Lekarza psychiatrę: ☐ Tak ☐ Nie ☒ Psychologa: ☐ Tak ☐ Nie
8.	Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do mieszkania wspomagane (treningowe) świadczącego usługi w formie usług opiekuńczych	☐ Tak ☐ Nie

.....

.....

Załącznik nr 3
Do formularza zgłoszeniowego



Fundusze Europejskie
dla Pomorza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

miejsowość i data

(podpis lekarza)

**zaznaczyć właściwe*