



Fundusze Europejskie
dla Małopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie
„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Wydane do celów uczestnictwa w projekcie pn „Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie- ZIT**

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego w dniu.....
stwierdzam, że Pan/Pani.....
PESEL..... zam.....
z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn - wskazanie rozpoznania:
.....
.....
wymaga pomocy w formie
.....

Dodatkowe informacje

Zdolność pacjenta do poruszania się:

po mieszkaniu:

- ☐ zdolny do poruszania się samodzielnie bez
użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
☐ zdolny do poruszania się z pomocą innych
osób
☐ niezdolny do poruszania się

w środowisku:

- ☐ zdolny do poruszania się samodzielnie bez
użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
☐ zdolny do poruszania się z pomocą innych
Osób
☐ niezdolny do poruszania się

Zalecane czynności pielęgnacyjne:

- ☐ układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała, ☐ opróżnianie cewnika,
☐ podawanie leków, ☐ pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i
zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów, ☐ mierzenie temperatury ciała,
tętna, ciśnienia, ☐ oklepywanie, ☐ inhalacje.

Inne

jakie?.....
.....

Konieczność stosowania diety:

☐ nie ☐ tak – jakiej?
.....

Data:.....

.....

/pieczętka i podpis lekarza/