

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
LUB SPECJALISTY¹ (neurolog, psychiatra)
osoby ubiegającej się o skierowanie do ośrodka wsparcia²:**

a) Dziennego Domu Pobytu „Retro” ul. Reja 8, 65-076 Zielona Góra

b) Dziennego Domu „Senior-WIGOR” ul. Osiedle Pomorskie 28, 65-548 Zielona Góra

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do ośrodka wsparcia:

.....

2. Wiek chorego:

3. Rozpoznanie choroby zasadniczej i współistniejących oraz rokowania co do poprawy stanu zdrowia:

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

4. Proszę podać zakres niezbędnych usług do zapewnienia przez ośrodek wsparcia³:

- 1) usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie,
- 2) opieka,
- 3) rehabilitacja fizyczna,
- 4) wspieranie psychologiczno-pedagogiczne,
- 5) terapia zajęciowa.

5. Zalecenia lekarskie dot. przyjmowania leków:

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

6. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ośrodku wsparcia⁴:

- 1) TAK
- 2) NIE

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczętka lekarza

¹ W przypadku występowania u osoby choroby Alzheimera zaświadczenie musi zostać wypełnione przez lekarza specjalistę (psychiatrę lub neurologa)

² Niepotrzebne skreślić

³ Zaznaczyć właściwe

⁴ Zaznaczyć właściwe