



**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?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Data od kiedy jest prowadzona: .....
3.	Rozpoznanie choroby zasadniczej:	
4.	Kandydat/cka ubiegający/ca się o wsparcie jest osobą przewlekle chorą, ale jej aktualny stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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:	<input checked="" type="checkbox"/> Lekarza psychiatrę: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input checked="" type="checkbox"/> Psychologa: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
8.	Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do mieszkania wspomaganego (treningowego) świadczącego usługi w formie usług opiekuńczych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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*