



„Zapewnienie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w postaci całodobowej opieki wytchnieniowej”

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE  
USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ\***

.....  
**Imię i nazwisko** osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej

PESEL: .....

Adres zamieszkania .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego**

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

**3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące**

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

„Zapewnienie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w postaci całodobowej opieki wytchnieniowej”

4. Zastosowane leczenie, rehabilitacja, pobyt w szpitalu

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, wskazane dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

6. Używane przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

.....

.....

7. W/w Pan(i) wymaga pomocy w zakresie (właściwie zaznaczyć):

- przyjmowania pokarmów
- wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej
- poruszania się w środowisku
- prowadzenia gospodarstwa domowego (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprzątanie, pranie itp.)

8. **W/w Pan(i) przejawia znaczne zaburzenia strefy emocjonalnej i wolicjonalnej (jakie):**

.....

.....

.....

9. W/w Pan(i) (właściwie zaznaczyć):

- może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu w miejscu zamieszkania,
- może samodzielnie funkcjonować przy częściowej pomocy w formie usług opiekuńczych,
- nie może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu w miejscu zamieszkania - ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki osoby drugiej

„Zapewnienie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w postaci całodobowej opieki wytchnieniowej”

10. W/w Pan(i) aktualnie zażywa następujące leki (określony sposób dawkowania):

L.p.	NAZWA LEKU	SPOSÓB DAWKOWANIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

11. Zalecana dieta: .....

12. Nazwa, adres i numer telefonu do przychodni POZ, która sprawuje opiekę medyczną nad osobą z niepełnosprawnościami:

.....  
.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

**\* Zaświadczenie lekarskie musi być wypełnione w sposób, który umożliwi jego odczytanie.**