

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające możliwość/wskazanie do korzystania z usług
usprawniająco – aktywizujących placówki dziennej opieki dla osób 60+

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL

.....

.....
(adres zamieszkania)

Czy występują przeciwwskazania do pozostawania pod opieką placówki
dziennej opieki dla osób 60+ .

TAK

NIE

zaznaczyć X właściwe pole

Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego:

.....

Ewentualne ograniczenia.....

.....

Najważniejsze informacje o stanie zdrowia mające znaczenia dla prowadzenia działań
terapeutycznych i opiekuńczych przez personel placówki lub w sytuacji zagrożenia życia
bądź zdrowia:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Projekt: „DOM SENIORA W PAŁECZNICY”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020,
oś Priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2, Poddziałanie 9.2.3, z Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr projektu: RPMP.09.02.03-12-0480/17