



Zaświadczenie lekarskie

wydane na potrzeby realizacji projektu „Między nami aktywnymi Seniorami”
współfinansowanego w ramach Poddziałania 9.1.2 Regionalnego Programu Operacyjnego
Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Zaświadczam, że w/w osoba jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia wymaga wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć właściwe):

- spożywanie posiłków,
- poruszanie się,
- ubieranie,
- rozbieranie,
- higiena osobista,
- korzystanie z toalety,
- kontrolowanie czynności fizjologicznych,
- prowadzenie gospodarstwa domowego z powodu naruszenia sprawności organizmu.

i wskazane jest świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych (wsparcie terapeuty zajęciowego i/lub psychologa).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Informacja dla lekarza rodzinnego

W związku z realizacją projektu: „Między nami aktywnymi Seniorami”, współfinansowanego w ramach Poddziałania 9.1.2 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020, Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Solcu Kujawskim zwraca się do Państwa z prośbą o wypełnienie zaświadczenia lekarskiego dla osoby, która chce uczestniczyć w w/w projekcie. W ramach projektu osoby starsze potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu¹ mają okazję skorzystać ze wsparcia terapeuty zajęciowego i/lub psychologa w miejscu zamieszkania. Dokument jest niezbędny do przystąpienia do projektu przez osobę potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, dlatego bardzo prosimy o wypełnienie go i przekazanie pacjentowi.

¹ Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu to osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.