



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

**Tytuł Projektu: Deinstytucjonalizacja usług społecznych na terenie gminy Olszyna,
nr projektu: FEDS.07.07-IP.02-0099/23**

Załącznik Nr 3 do Regulaminu rekrutacji

.....
/pieczęć praktyki lekarskiej/

.....dnia.....
/miejscowość/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie
do Centum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Olszynie**

1. Imię i Nazwisko (osoby ubiegającej się o przyjęcie do COM)
2. Adres
3. Data i miejsce urodzenia
4. PESEL
5. Diagnoza – rozpoznanie
6. Faktyczny stan zdrowia - choroby współistniejące, przewlekłe, zaburzenia psychiczne, epilepsja, alergię itp:.....
7. Przyjmowane leki, dawkowanie.....
8. Dalsze leczenie i rehabilitacja
9. Czynności pielęgnacyjne wynikające z indywidualnych zaleceń lekarskich (jakie?)



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

.....
.....
10. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do umieszczenia w formie pobytu
dziennego*/całodobowego* w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Olszynie.

Tak*

Nie *

11. Czy w/w osoba, która z uwagi na niepełnosprawność jest zdolna do
samodzielnego*/częściowego* wykonywania czynności samoobsługowych:

Tak*

Nie*

12. Uszkodzenia innych narządów i układu:

.....
.....

13. Stosowane przedmioty ortopedyczne i pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie:

.....
.....

14. Konieczność stosowania diety.....

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

*właściwe podkreślić