



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Miejscowość, data: _____

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane podmiotu wystawiającego zaświadczenie:

2. Dane osoby wymagającej opieki:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____ / ____ / ____

PESEL: _____

3. Rozpoznanie / najważniejsze informacje dotyczące stanu zdrowia osoby wymagającej opieki:

4. Dane opiekuna osoby niesamodzielnej:

Imię i nazwisko opiekuna: _____

PESEL: _____

Miejsce zamieszkania: _____

Potwierdza się, że wskazana wyżej osoba sprawuje opiekę nad osobą niesamodzielną.

Stopień pokrewieństwa / relacja: _____



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

5. Informacja dotycząca konieczności sprawowania opieki:

Stwierdza się, że wskazana powyżej osoba wymaga wsparcia i opieki w codziennym funkcjonowaniu.

Zakres wymaganej pomocy:

- ☐ pomoc w codziennym funkcjonowaniu
- ☐ pomoc w poruszaniu się
- ☐ pomoc w czynnościach higienicznych
- ☐ pomoc w przyjmowaniu leków
- ☐ konieczność stałej opieki
- ☐ inne: _____

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Dziennym Domu Opieki dla Osób Niesamodzielnych w Zakopanem, ul. Kościelna 7 w ramach projektu nr FEMP.06.33-IP.01-1598/24, pt. „Organizacja wsparcia opiekuńczego seniorów”.

Podpis i pieczęć lekarza