



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Miejscowość, data: _____

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane podmiotu wystawiającego zaświadczenie:

2. Informacje o stanie zdrowia pacjenta-osoby niesamodzielnej:

Pacjent/ka: _____

Data urodzenia: ____/____/____

PESEL: _____

Miejsce zamieszkania: _____

3. Najważniejsze informacje dotyczące stanu zdrowia, chorób mające wpływ na dobór odpowiednich form terapii i opieki:

- _____

- _____

- _____

3. Występowanie choroby otępiennej lub jej objawów:

☐ Choroba otępienna nie występuje

☐ Choroba otępienna występuje – rozpoznanie: _____

☐ Objawy otępienne nieobecne

☐ Objawy otępienne obecne – opis: _____



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

4. Ograniczenia w aktywności fizycznej

- ☐ Brak ograniczeń
- ☐ Zakaz intensywnego wysiłku fizycznego
- ☐ Zakaz ćwiczeń obciążających kręgosłup
- ☐ Zakaz długotrwałego chodzenia
- ☐ Konieczność asekuracji podczas poruszania się
- ☐ Zakaz ćwiczeń równoważnych
- ☐ Ograniczona możliwość wykonywania ćwiczeń rozciągających
- ☐ Inne: _____

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Dziennym Domu Opieki dla Osób Niezależnych 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