

.....
(pieczęć ośrodka zdrowia)

..... dnia 20.....r.
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

☐ Pacjent jest osobą samodzielną w czynnościach samoobsługowych i nie wymaga indywidualnej opieki. W/w nie jest osobą zaburzoną psychicznie lub osobowościowo, jak również nie stwierdza się zaawansowanych zmian psychoorganicznych.

W związku z powyższym nie ma przeciwwskazań do pobytu w ośrodku wsparcia - Dziennym Domu Pomocy w Oświęcimiu.

☐ Pacjent ma zdiagnozowaną demencję w przebiegu/ U pacjenta występują objawy demencji.*

W związku z powyższym istnieją wskazania do pobytu w ośrodku wsparcia - Dziennym Domu Pomocy w Oświęcimiu – oddział dla osób z demencją

Wskazany zakres usług: (właściwe zaznaczyć „X”)

- ☐ usługi pielęgniarские (pomiar cukru we krwi, pomiar ciśnienia tętniczego, dozowanie leków itp.)
- ☐ wsparcie psychologiczne
- ☐ kinezyterapia
- ☐ rehabilitacja społeczna i terapia zajęciowa
- ☐ specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z demencją

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*niepotrzebne skreślić