

Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia kandydata/teki ubiegającego/cej się o wsparcie w formie usług w mieszkaniu wspomaganym/ treningowym w ramach projektu „Mieszkania wspomagane/ treningowe w Kamieniu Pomorskim”

1.	Nazwisko i imię kandydata/teki	
2.	Data i miejsce urodzenia	
3.	Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Data od kiedy jest prowadzona:
4.	Rozpoznanie choroby zasadniczej	
5.	Kandydat/ka ubiegający/ca się o wsparcie jest osobą przewlekle chorą, ale jej aktualny stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6.	Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące	
7.	Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:	
8.	Czy istnieje konieczność konsultacji kandydata/teki ubiegającego/cej się o wsparcie przez:	<input checked="" type="checkbox"/> Lekarza psychiatrę: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input checked="" type="checkbox"/> Psychologa: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
9.	Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do mieszkania wspomaganego (treningowego) świadczącego usługi w formie usług opiekuńczych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)