Załącznik nr 2 do Regulaminu projektu

................................................. Miejscowość: ......................... Data…………….

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

***Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia***

Stanowi załącznik do formularza rekrutacyjnego

w projekcie dofinansowanym z Funduszy Europejskich

*„ Opieka domowa i rehabilitacja osób niesamodzielnych „*

**Imię i nazwisko:** .............................................................................................................................

**Data i miejsce urodzenia:** ............................................................................................................

**Adres zamieszkania:** ....................................................................................................................

**Numer PESEL:** .................................................

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

...................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ **Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:**

...................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:**

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

1. **Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

* **Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?** (rok) ............................
* **Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?**

(rok).....................

* **Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?**

 **TAK**  **NIE**

* **Czy pacjent:**  **wymaga opieki**  **nie wymaga opieki - osoby drugiej ze względu**

**na niemożność samodzielnej egzystencji?**

...................................................................

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie