pieczątka Zakładu Opieki Zdrowotnej miejscowość, data

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**i braku przeciwwskazań do skierowania do Dziennego Domu "SENIOR WIGOR"**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania (pobytu)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

**………......................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………..**

1. Rozpoznanie chorób współistniejących:

**………......................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………….**

1. Określenie stanu zdrowia Kandydata oraz wpływu chorób na **codzienne** funkcjonowanie kandydata, a także możliwość jego **stałego** uczestnictwa w zajęciach DDSW

**………......................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………….**

1. Czy Kandydat dotknięty jest chorobami skóry lub chorobami zakaźnymi.
2. tak\*

**…………………………………………………………………………………………………….**

1. nie
2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze:

**………......................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………….**

1. Czy Kandydat pozostaje w leczeniu psychiatrycznym:
2. tak
3. nie
4. Czy Kandydat dotknięty jest zaburzeniami psychicznymi:

a)tak\*

**……………………………………………………………………………………………………..**

b)nie

1. Czy Kandydat dotknięty jest chorobami psychicznymi:
2. tak\*

**…………………………………………………………………………………………………….**

1. nie
2. Czy jest zachowany kontakt słowno - logiczny z Kandydatem:

a) tak

b) nie

1. Czy Kandydat wymaga pomocy osób drugich?
2. nie
3. tak (przy jakich czynnościach?)\*
4. okresowo (przy jakich czynnościach?)\*

**………......................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………….**

1. Czy stan zdrowia i możliwości psychoruchowe osoby pozwalają na udział w zajęciach   
    ruchowych placówki tj. gimnastyka, spacery, zajęcia taneczne, sportowo-rekreacyjne?
2. tak
3. nie (jakich zajęciach?)\*

**……….................................................................................................................................**

**…………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

1. Czy stan zdrowia i możliwości psychoruchowe osoby pozwalają na udział w zajęciach   
    terapeutycznych placówki tj. muzykoterapii i terapii zajęciowej?
2. tak
3. nie (jakich zajęciach?)\*

**………......................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………**

1. Stwierdza się/ nie\*\* stwierdza się zdrowotnych przeciwwskazań do wykonania zabiegów fizjoterapeutycznych

**…………………………………………………………………………………………………….**

1. Czy kandydat pozostanie w leczeniu neurologicznym?
2. Tak
3. Nie
4. Jakie kandydat przyjmuje leki na stałe? **………......................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………**

\* w przypadku zaznaczenia podać jakie;

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\*\* niepotrzebne skreślić;

….……..,dnia……………

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
c.d.**

Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………... Data urodzenia ………………………………………………………………………………. Miejsce zamieszkania ………………………………………………………………………. Cel wydania zaświadczenia :

Nie stwierdza się/ stwierdza się\* przeciwwskazania zdrowotne do wykonania serii zabiegów terapii manualnej (np. masaż klasyczny, leczniczy) w okolicy ciała ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..oraz ćwiczeń wykonywanych w UGULU (np. ćwiczenia w odciążeniu , samowspomagane) kończyn górnych i dolnych.

…………………………………

(pieczątka i podpis lekarza)

\*niepotrzebne SKREŚLIĆ