Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji uczestników projektu pn. „Harmonia w Sercu Podhala – Wsparcie i opieka osób w codziennym funkcjonowaniu”

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane podmiotu wystawiającego zaświadczenie i/lub pieczątka

_____
_____
_____

2. Informacje o stanie zdrowia pacjenta:

Pacjent/ka: _____

Data urodzenia: ____/____/_____

PESEL: _____

Stan zdrowia pacjenta pozwala/nie pozwala* na udział w działaniach terapeutycznych i opiekuńczych. Najważniejsze informacje dotyczące stanu zdrowia, mające wpływ na dobór odpowiednich form terapii i opieki:

- _____
- _____
- _____

3. Występowanie choroby otępiennej lub jej objawów:

✓ Choroba otępienna: ☐ nie występuje ☐ występuje – rozpoznanie:
_____

✓ Objawy otępienne: ☐ nieobecne ☐ obecne – opis:
_____

4. Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego / ograniczenia:

☐ Ćwiczenia ogólnorozwojowe

☐ Ćwiczenia rozciągające

☐ Ćwiczenia równoważne

☐ Spacery z asekuracją

☐ Inne: _____

Ograniczenia w aktywności fizycznej:

- _____

- _____

- _____

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w _____.

Data: ____/____/_____

Podpis i pieczątka lekarza:

_____