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

(pieczęć zakładu)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

**dotyczące uczestnika Domu Dziennego Pobytu**

1. Imię i nazwisko.........................................................................................................................

2. Data urodzenia...........................................................................................................................

3. Rozpoznanie .............................................................................................................................

4. Ogólny stan zdrowia pacjenta ..................................................................................................

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

5. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?) .................

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

…………………………………………………………………………………………………...

6. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie? ...................................

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

7. Czy występują zaburzenia psychiczne utrudniające codzienne życie? ...................................

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

8. Wskazania dotyczące diety .......................................................................................................

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

9. Ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych:

* samodzielny,
* wymaga częściowej pomocy,
* wymaga stałej pomocy,

10. Ocena sprawności ruchowej osoby:

* porusza się samodzielnie,
* porusza się z pomocą innych osób,
* porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego,
* porusza się na wózku inwalidzkim

11. Uwagi uzupełniające i zalecenia ............................................................................................

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

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

12. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na korzystanie z usług w DDP?

TAK NIE

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

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)