

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
LUB SPECJALISTY<sup>1</sup> (neurolog, psychiatra)  
osoby ubiegającej się o skierowanie do ośrodka wsparcia<sup>2</sup>:**

**a) Dziennego Domu „Senior+” ul. Reja 8, 65-076 Zielona Góra**

**b) Dziennego Domu „Senior-WIGOR” ul. Osiedle Pomorskie 28, 65-548 Zielona Góra**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do ośrodka wsparcia:

.....

2. Wiek chorego: .....

3. Rozpoznanie choroby zasadniczej i współistniejących oraz rokowania co do poprawy stanu zdrowia:

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

4. Proszę podać zakres niezbędnych usług do zapewnienia przez ośrodek wsparcia<sup>3</sup>:

- 1) usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie,
- 2) opieka,
- 3) rehabilitacja fizyczna,
- 4) wspieranie psychologiczno-pedagogiczne,
- 5) terapia zajęciowa.

5. Zalecenia lekarskie dot. przyjmowania leków:

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

6. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ośrodku wsparcia<sup>4</sup>:

- 1) TAK
- 2) NIE

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczętka lekarza

<sup>1</sup> W przypadku występowania u osoby choroby Alzheimera zaświadczenie musi zostać wypełnione przez lekarza specjalistę (psychiatrę lub neurologa)

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>3</sup> Zaznaczyć właściwe

<sup>4</sup> Zaznaczyć właściwe