



Powiat Starachowicki



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Załącznik nr 2: Zaświadczenie lekarskie do Programu:
„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025 finansowanego
ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób
Niepełnosprawnych

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejsowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE
USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ***

.....
Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej

PESEL:

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....
.....



Powiat Starachowicki



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

4. Używane przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

5. W/w Pan(i) wymaga pomocy w zakresie (właściwe zaznaczyć):

- przyjmowania pokarmów
- wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej
- poruszania się w środowisku
- prowadzenia gospodarstwa domowego (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprzątanie, pranie itp.)

6. W/w Pan(i) aktualnie zażywa następujące leki (określony sposób dawkowania):

L.P.	NAZWA LEKU	SPOSÓB DAWKOWANIA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		



Powiat Starachowicki



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

7. Zalecana dieta:
8. Nazwa, adres i numer telefonu do przychodni POZ, która sprawuje opiekę medyczną nad osobą z niepełnosprawnościami:

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*** Zaświadczenie lekarskie musi być wypełnione w sposób, który umożliwi jego odczytanie.**