

Załącznik Nr 2 do Regulaminu  
Organizacyjnego ośrodka wsparcia  
pn. "Centrum Opiekuńczo-  
Mieszkalne" w Nowym Sączu

pieczęć NZOZ

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE/OPINIA LEKARSKA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
O PRZYJĘCIE DO CENTRUM OPIEKUŃCZO -MIESZKALNEGO**

**Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo -  
Mieszkalnego:**

.....

PESEL.....

**1. Czy występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo -  
Mieszkalnym?**

Tak  ze względu na:

.....

(Jeżeli TAK, proszę nie wypełniać dalszej części)

Nie

**2. Ocena sprawności ruchowej:**

a/ porusza się samodzielnie,

b/ porusza się z pomocą innych osób,

c/ porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego – podać jakiego (np. laska, kula, chodzik,  
wózek inwalidzki), ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

d/ całkowicie niesamodzielny w poruszaniu się.

**3. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa osoby w gimnastyce lub innych zajęciach ruchowych?**

Tak

Nie

Ograniczone  ze względu na:

.....

**4. Obecny stan zdrowia, choroby współistniejące, uszkodzenia narządów i układów:**

.....

.....

**5. Czy osoba ubiegająca się o przyjęcie wykazuje zaburzenia psychiczne i/lub nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobistym i w relacjach z innymi ludźmi?**

Tak  jakie:

.....

Nie

**6. Czy osoba ubiegająca się o przyjęcie wymaga stosowania specjalnej diety?**

Tak  jakiej:

.....

Nie

**7. Inne uwagi (inne przesłanki zdrowotne, na które należy zwrócić uwagę):**

.....

.....

.....

(data, pieczęć i podpis lekarza)