Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

.................................., dnia................................

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb udzielenia grantu w ramach Projektu „ Poprawa jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami na terenie Gminy Rajgród”

Imię i nazwisko pacjenta.....................................................................................

Adres zamieszkania ……………………………………………………....……

PESEL………………………………………………………..

1. Czy osoba badana jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (wg skali Katza)

Ta k  Nie 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZYNNOŚĆ** | **OPIS** | **PACJENT SAMODZIELNY** | |
| **TAK** | **NIE** |
| Kąpanie się/ mycie się | Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w  wannie/ prysznic |  |  |
| Ubieranie się | Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem  wiązania sznurówek |  |  |
| Korzystanie z toalety | Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też  korzystać w nocy z basenu lub nocnika) |  |  |
| Poruszanie się | Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez  pomocy (może korzystać z laski lub chodzika) |  |  |
| Kontrolowane wydalanie moczu i  stolca | Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania) |  |  |
| Jedzenie | Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem  ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |  |  |

1. Czy istnieje potrzeba używania zaopatrzenia ortopedycznego

 kule,  balkonik,  wózek,  protezy,  inne- jakie\*)

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

\*właściwe zaznaczyć

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

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie