

.....  
(pieczęć zakładu)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**  
**dotyczące uczestnika Dziennego Domu 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)

\* Dom Dziennego Pobytu realizuje następujące usługi:

- zapewnia dzienną opiekę
- dwa posiłki, w tym jeden gorący w formie obiadu
- terapię zajęciową
- zajęcia ogólnousprawniające
- dostęp do kultury i rekreacji