

Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia kandydata ubiegającego się o wsparcie
w formie usług opiekuńczych w mieszkaniu treningowym**

1.	Nazwisko i imię kandydata	
2.	Data i miejsce urodzenia	
3.	Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona	☐ Tak ☐ Nie Data od kiedy jest prowadzona:
4.	Rozpoznanie choroby zasadniczej	
5.	Kandydat ubiegający się o wsparcie jest osobą przewlekle chorą, ale jej aktualny stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego	☐ Tak ☐ Nie
6.	Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące	
7.	Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:	
8.	Czy istnieje konieczność konsultacji kandydata ubiegającego się o wsparcie przez:	✓ Lekarza psychiatrę: ☐ Tak ☐ Nie ✓ Psychologa: ☐ Tak ☐ Nie
9.	Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do mieszkania wspomagane (treningowe)	☐ Tak ☐ Nie

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis lekarza