



Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji uczestników projektu pn. „ Usługi zdrowotne dla osób starszych w Powiecie Krapkowickim”

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE DLA POTRZEB UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
(wypełnia lekarz)**

**ZASWIADCZA SIĘ, ŻE:**

**Pan/Pani**

**Imię** .....

**Nazwisko**.....

**PESEL:**.....

**Adres zamieszkania** .....

Wymaga wsparcia w zakresie usług zdrowotnych realizowanych w poniższych formach  
(właściwe zaznaczyć stawiając x w kratce obok formy wsparcia):

1. W formie rehabilitacji w domu uczestnika głównie z zakresu rehabilitacji ruchowej z wykorzystaniem sprzętu i urządzeń, realizowane przez fizjoterapeutów. Uczestnicy skorzystają z zabiegów fizykoterapii i kinezyterapii. Szczególny nacisk zostanie położony na kompensację niesprawności, niesamodzielności, nabywania umiejętności dnia codziennego oraz poradnictwo specjalistyczne. \*
2. Korzystania z rehabilitacji w Domu Pomocy Społecznej „ANNA” w Krapkowicach (nie zapewniony dowóz).\*
3. W formie terapii - treningu funkcjonalnego realizowana poprzez udział uczestnika Projektu w Domu Pomocy Społecznej „ANNA” w Krapkowicach w oparciu o nowoczesny program terapii funkcjonalnej na urządzeniu Neuroathome (nie zapewniony dowóz).
4. W formie seansów zdrowotnych w Sali Doświadczania Świata w Domu Pomocy Społecznej „ANNA” w Krapkowicach realizowane poprzez stymulację sensoryczną (nie zapewniony dowóz).



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



5. W formie seansów w grocie solnej w szczególności, w zakresie terapii układu oddechowego. Zapewniony zostanie transport uczestników spod budynku Domu Pomocy Społecznej „ANNA” w Krapkowicach na miejsce wykonywania zabiegów.

\*W przypadku wskazania zaznaczenia konieczności rehabilitacji ruchowej (pkt. 1 i 2) proszę o wskazanie rodzaju rehabilitacji np. np.: ćw. czynne, bierne, masaż, laser itp.

.....

.....

.....

.....

.....

Jednocześnie Pan/Pani..... **jest/nie jest\*\*** osobą niesamodzielną, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego m.in. spożywania posiłków, przemieszczania się, korzystania z toalety, mycia-kąpania całego ciała, ubierania i rozbierania się.

\*\*niepotrzebne skreślić

.....  
podpis i pieczęć lekarza



[www.mapadotacji.gov.pl](http://www.mapadotacji.gov.pl)