

Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.  
„Razem możemy więcej - kontynuacja funkcjonowania Dziennego Domu  
Pomocy dla Seniorów w Nisku”

.....  
(pieczęć NZZOZ lub gabinetu lekarskiego)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb udziału w Projekcie pn. „Razem możemy więcej - kontynuacja funkcjonowania Dziennego Domu Pomocy dla Seniorów w Nisku” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, konkurs nr FEPK.07.18-IP.01-001/23 w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021 - 2027, Priorytet 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian, Działanie 07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej, realizowanego przez Gminę i Miasto Nisko/Ośrodek Pomocy Społecznej w Nisku

Imię i nazwisko osoby .....

Data urodzenia .....

PESEL .....

Miejsce zamieszkania.....

1. Stwierdzam, że **pacjent jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego:

- TAK
- NIE

2. Stwierdzam **przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach** prowadzonych przez Dzienny Dom Pomocy dla seniora w Nisku

- TAK
- NIE

3. Stwierdzam, że ze względu na stan zdrowia W/w istnieje **wskazanie do stosowania odpowiedniej diety w żywieniu**, jeśli tak to proszę wskazać jaka dieta:

- TAK
- NIE

.....

4. Stwierdzam, że istnieje **wskazanie do zapewnienia transportu specjalistycznego dla osób z trudnościami w poruszaniu się**

- TAK
- NIE

5. Stwierdzam, że ze względu na stan zdrowia w/w istnieją przeciwwskazania do udziału w **rehabilitacji ruchowej – gimnastyce:**

- TAK
- NIE

**oraz w korzystaniu z :**

-) bieżni elektrycznej

- TAK
- NIE

-) rowera treningowego magnetycznego

- TAK
- NIE

-) steppera

- TAK
- NIE

-) rotora do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych

- TAK
- NIE

-) rotora rehabilitacyjnego

- TAK
- NIE

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć lekarza