

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

wydane na potrzeby uczestnictwa w Projekcie „Razem dla rodziny”  
realizowanym przez Fundację „Więcej z Życia”

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani .....

PESEL: .....

adres zamieszkania: .....

pozostaje pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz ze względu na wiek oraz  
ogólny stan zdrowia wymaga wsparcia i pomocy osoby drugiej w codziennym funkcjonowaniu.

Pacjent/ka wymaga pomocy osoby drugiej w zakresie (właściwe zaznaczyć):

- poruszania się
- czynności higienicznych
- przygotowywania posiłków
- przyjmowania leków
- ubierania się
- komunikowania się
- prowadzenia gospodarstwa domowego
- organizacji codziennego funkcjonowania
- innych czynności:

.....

Stan zdrowia pacjenta/ki uzasadnia potrzebę objęcia rodziny/opiekuna wsparciem w formie usług  
opieki wytchnieniowej.

.....

pieczęć i podpis lekarza POZ

.....

(miejscowość i data)