

WNIOSEK

o przyjęcie do Dziennego Domu Pobytu „ZACISZE” w Barcinie

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Posiadany stopień niepełnosprawności (data ważności orzeczenia)	
Osoba upoważniona do kontaktu	

.....
Podpis

Barcin, dnia.....

.....
Pieczętka podmiotu leczniczego

**Informacja lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
w sprawie objęcia pomocą osoby ubiegającej się o przyjęcie
do Dziennego Domu Pobytu ZACISZE w Barcinie**

Pan/Pani

Zamieszkały/a.....
.....

1. Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim).....
.....

Czy stwierdza się:

a) chorobę zakaźną: TAK* - NIE*, jeśli tak to jaką?.....

b) chorobę psychiczną: TAK*- NIE*, jeśli tak to jaką?.....

Osoba ubiegająca się o pomoc stanowi zagrożenie dla siebie: TAK* - NIE*

Osoba ubiegająca się o pomoc stanowi zagrożenie dla otoczenia: TAK* - NIE*

2. Zdrowotne przeciwwskazania do pobytu i uczestnictwa w Dziennym Domu Pobytu

TAK*-NIE*, jeśli tak to jakie?.....
.....

Okres ważności zaświadczenia od..... do.....*, bezterminowo*.

.....
Podpis i pieczęć lekarza

*niepotrzebne skreślić