**Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji**

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia kandydata/tki ubiegającego/cej się o wsparcie   
w formie usług opiekuńczych w mieszkaniu wspomaganym (treningowym)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nazwisko i imię kandydata/tki |  |
|  | Data i miejsce urodzenia |  |
|  | Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona | 🗆 Tak 🗆 Nie  Data od kiedy jest prowadzona: ……….……………….… |
|  | Rozpoznanie choroby zasadniczej |  |
|  | Kandydat/tka ubiegający/ca się o wsparcie jest osobą przewlekle chorą, ale jej aktualny stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego | 🗆 Tak 🗆 Nie |
|  | Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące |  |
|  | Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie: |  |
|  | Czy istnieje konieczność konsultacji kandydata/tki ubiegającego/cej się o wsparcie przez: | * Lekarza psychiatrę: 🗆 Tak 🗆 Nie * Psychologa: 🗆 Tak 🗆 Nie |
|  | Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do mieszkania wspomaganego (treningowego) świadczącego usługi w formie usług opiekuńczych | 🗆 Tak 🗆 Nie |

……………………….………..…………… ……………………………….……………………

*(miejscowość i data) podpis lekarza*