

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

Beneficjenta projektu „CHCĘ I POTRAFIĘ - wieloprofilowa rehabilitacja osób z mózgowym porażeniem dziecięcym” realizowanego przez Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci i Dorosłych z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym „ŻURAWINKA” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. Imię i nazwisko pacjenta:PESEL:
2. Adres zamieszkania:
3. Rozpoznanie
4. Ogólny stan zdrowia pacjenta
-
5. Ew. Zmiany skórne
6. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jeśli TAK to jakich?)
-
7. Współwystępujące schorzenia
-
8. Czy występują ataki epilepsji (jeśli TAK, prosimy o podanie daty ostatniego ataku oraz nazwę i dawkę przyjmowanego leku)
-
9. Przebyte choroby zakaźne: Jakie/kiedy?
-
10. Uwagi uzupełniające i zalecenia
-
11. Czy pacjent jest pod stałą opieką lekarza ortopedy/neurologa/ innego specjalisty
12. Czy u pacjenta występują jakiegokolwiek dolegliwości bólowe, jeśli TAK – jakiego rodzaju?
-
13. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w projekcie „CHCĘ I POTRAFIĘ - wieloprofilowa rehabilitacja dla osób z mózgowym porażeniem dziecięcym” TAK / NIE / Ew. przeciwwskazania do uczestnictwa

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)