Załącznik nr 7

**KARTA OCENY POTRZEB W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

Imię i nazwisko ............................................................................................................................................................

Adres zamieszkania ..............................................................................................................................................................

PESEL ...................................................................

**W wyniku badania lekarskiego\*, wywiadu\*, opinii\* i oceny stanu zdrowia stwierdzam\*, że Pan / Pani** **jest osobą** **potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

**Wskazanie do objęcia usługami w formie:**

* usług opiekuńczych,
* wsparcia dietetyka,
* rehabilitacji fizycznej,
* wsparcia psychologicznego

……………………………………..

data, pieczęć, podpis lekarza , pedagog

\*niepotrzebne skreślić