



**Zaświadczenie lekarskie dla potrzeb udziału w projekcie**  
**„Adaptacja platformy KWIDO celem opracowanie nowego sposobu świadczenia usług publicznych opieki nad osobami starszymi i osłabionymi chorobami”**

**Niniejszym zaświadczam, iż**

**Pan/Pani** .....  
(imię i nazwisko)

**Zamieszkał(y)a** .....  
(adres zamieszkania)

**PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

może uczestniczyć w w/w Projekcie oraz spełnienia następujące kryteria kwalifikując się tym samym do objęcia teleopieką zgodnie ze standardem SZOSA :

1) posiada 2 lub więcej chorób przewlekłych (np. sercowonaczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie, astma, inne; rodzaje przyjmowanych leków: tabletki, zastrzyki, insulina; rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne):

.....  
.....;

2) nie wykazuje fizycznych ani psychicznych przeciwwskazań do aktywnego spędzania czasu (spacery, ćwiczenia fizyczne o niskiej intensywności) oraz użytkowania tabletu z wykorzystaniem multimediiów umożliwiającą komunikację oraz przekazywanie różnych form informacji (tekstu, dźwięku, grafiki, animacji, wideo) celem dostarczania użytkownikowi potrzebnych informacji;

.....  
(data i miejsce)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)