

Bydgoszcz, dnia _____

Pieczęć placówki medycznej

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadczam, że nie ma przeciwwskazań, do wykonywania obowiązków asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Panią/Pana*:

_____ur. _____
zamieszkałej/ego w _____ul. _____

Podstawowy zakres czynności asystenta:

- wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (pomoc w sprzątaniu, dokonywaniu zakupów, mycie okien, pranie i prasowanie odzieży, pościeli itp.);
- wsparcie w czynnościach samoobsługowych (mycie głowy, ciała, kąpiel, zmiana pozycji osoby niepełnosprawnej, zapobieganie odleżynom itp.);
- wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania (pchanie wózka osoby niepełnosprawnej, pomoc pokonywaniu barier architektonicznych, pomoc w orientacji przestrzennej itp.);
- wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem (wyjścia na spacer, asystowanie osobie niepełnosprawnej w wydarzeniach kulturalnych, załatwianie spraw urzędowych itp.).

Podpis i pieczęć lekarza