

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA CHRONIONEGO**

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania (pobytu)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

5. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

.....

6. Pacjent objęty jest opieką pielęgnacyjną:

- pielęgniarstwa środowiskowej [] tak [] nie

- pielęgniarstwa długoterminowej [] tak [] nie

7. Osoba wymaga umieszczenia w ZOL-u: [] tak [] nie

8. Osoba wymaga umieszczenia w domu pomocy społecznej: [] tak [] nie

9. Osoba wymaga umieszczenia w mieszkaniach chronionych: [] tak [] nie

.....
Miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie