

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA TRENINGOWEGO/WSPOMAGANEGO**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania (pobytu)

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 zakładzie opiekuńczo-leczniczym ☐ tak ☐ nie
8. Osoba wymaga umieszczenia w domu pomocy społecznej ☐ tak ☐ nie
9. Osoba wymaga umieszczenia w mieszkaniach treningowych/wspomaganych ☐ tak ☐ nie

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie