

.....
pieczęta 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. W/w Pan/i wymaga/nie wymaga całodobowego wsparcia osoby drugiej w samodzielnym spełnianiu codziennych, niezbędnych do życia czynności stale / okresowo

UWAGA:

W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w mieszkaniu chronionym do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w mieszkaniu chronionym do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie