

.....
pieczętka 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:

- pielęgniarce środowiskowej [] tak [] nie

- pielęgniarce długoterminowej [] tak [] nie

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

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie