

.....  
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