

Gluchotaży .., dn.

.....
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. W/w Pan/i wymaga/nie wymaga częściowego wsparcia osób drugih.

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