

Gluchotazy, dn. ....

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

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

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

\* Niepotrzebne skreślić