

Koszalin, 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

.....

Brak przeciwwskazań do pobytu w mieszkaniu chronionym

pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie:

.....

.

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 Pani 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