

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY Ubiegającej SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA TRENINGOWEGO

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie