

.............................................................. .......................................... dnia .............................. /pieczęć nagłówkowa/ /miejscowość/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie**

**do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego - Kętrzyński Dom Wsparcia**

**Uwaga - Centrum Opiekuńczo – Mieszkalne – Kętrzyński Dom Wsparcia jest ośrodkiem wsparcia, do którego kierowane są osoby, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.**

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego Kętrzyński Dom Wsparcia:

............................................................................................................................................................................

1. Adres ............................................................................................................................................................

1. Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………..……………..…..….
2. PESEL...........................................................................................................................................................

1. Diagnoza – rozpoznanie:

…………………………………………………………………………………………………...…….…...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Uszkodzenie innych narządów i układu, choroby współistniejące, w tym zaburzenia psychiczne:

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

1. Dalsze leczenie i rehabilitacja:

………………………………………….………………………………………………………….……...….

………………………………………………………………………………………………………………..

1. Konieczność stosowania diety:

.…………………………………………………………………………………………………………....….

1. Czynności pielęgnacyjne wynikające z indywidualnych zaleceń lekarskich (jakie?)

 ………………………………………………………………………………………………………………...

 …………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do umieszczenia w formie pobytu dziennego/całodobowego w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym - Kętrzyński Dom Wsparcia.

 **TAK\* NIE\***

1. Czy w/w jest osobą, która z uwagi na niepełnosprawność wymaga częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

 **TAK\* NIE\***

1. Faktyczny stan zdrowia :

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

 .........................................................

 /podpis i pieczęć lekarza/

\* właściwe podkreślić

**Placówka utworzona w ramach resortowego Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Centra opiekuńczo-mieszkalne" finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**