



Placówka finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego



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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie
do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalne – 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 – Mieszkalne Kętrzyński Dom Wsparcia:

.....

2. Adres

3. Data i miejsce urodzenia.....

4. PESEL.....

5. Diagnoza – rozpoznanie:

.....

.....

.....

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

.....

.....

7. Dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....

.....

8. Konieczność stosowania diety:

.....

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

.....

.....

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

TAK*

NIE*

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

TAK*

NIE*

12. Faktyczny stan zdrowia :

.....

/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić

