Placówka finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 2 do Regulaminu

.... 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:

.....

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