Załącznik nr 4 do Regulaminu

Miejscowość: ....., Data: ..... r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb ponownego przyjęcia / powrotu do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego – Kętrzyński Dom Wsparcia po hospitalizacji

Zaświadcza się, że Pan/Pani:

- **Imię i nazwisko:** .....
- **Data urodzenia:** ..... **PESEL:** .....
- **Adres zamieszkania:** .....

Przebywał(a) na leczeniu w (nazwa podmiotu leczniczego / oddziału):

.....

.....

……..

w okresie od dnia ..... r. do dnia ..... r.

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Po analizie stanu zdrowia pacjenta(-ki) w momencie wypisu ze szpitala / zakończonego leczenia zaświadczam, że:

1. **Aktualny stan zdrowia Pacjenta(-ki)** pozwala na bezpieczny powrót i pobyt w placówce o charakterze opiekuńczo-mieszkalnym.
2. **Pacjent(ka) NIE wymaga** całodobowej opieki lekarskiej ani ciągłej (całodobowej) opieki pielęgniarskiej.
3. **Dodatkowe zalecenia dotyczące dalszej opieki, leków lub rehabilitacji:**
   .....
   .....
   .....

Zaświadczenie wydaje się na prośbę pacjenta / opiekuna prawnego w celu przedłożenia w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym.

.....

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego)