Łódź, dn. .............................

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

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

 **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

 **OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA CHRONIONEGO**

Imię i nazwisko

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

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

Wiek

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

Adres zamieszkania (pobytu)

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

PESEL

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

**Brak przeciwwskazań do pobytu w mieszkaniu chronionym** pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie:

**.........................................................................................................................................................**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

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

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

1. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

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

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

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

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

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

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

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

1. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(data) ........................................................................................................................................................ ...........

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

1. W/w Pani wymaga/nie wymaga całodobowego wsparcia osoby drugiej w samodzielnym spełnianiu codziennych, niezbędnych do życia czynności stale / okresowo

UWAGA:

W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w mieszkaniu chronionym do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku występowania niepełnosprawności intelektualnej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w mieszkaniu chronionym do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.

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

 pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie