



.....
/pieczęć nagłówkowa/

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE
Lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do Samorządowego Centrum
Opiekuńczo – Mieszkalnego w Brudzowie

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Samorządowego Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Brudzowie:
.....
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 całodobowego w Samorządowym Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Brudzowie.
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