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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**
**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie**
**do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Cedyni**

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Cedyni: .....
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 w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Cedyni

    **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 i przyjmowane leki:
    .....
    .....
    .....
13. Stosowane przedmioty ortopedyczne i pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie:
    ….....
    ….....

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić