

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

....., data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane w celu ubiegania się o dom pomocy społecznej

Nazwisko i imię

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Przebieg leczenia:

Początek

Stadium zaawansowania

Hospitalizacji /czas, liczba/.....

Aktualny stan zdrowia

3. Choroby współistniejące

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania

.....

6. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku

.....

7. Zalecenia lekarza

8. Konieczność sprawowania całodobowej opieki ze względu na niemożliwość samodzielnej

egzystencji: **TAK** lub **NIE** *jeśli tak, to na* **STAŁE** / **OKRESOWO**

9. Przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

.....

pieczętka i podpis lekarza