

.....
/pieczęć nagłówkowa/

..... dnia
/miejscowość/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie
do Powiatowego Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Ciechanowie

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Powiatowego Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Ciechanowie

.....

2. Adres zamieszkania

.....

.....

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 dziennego/całodobowego w Powiatowym Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Ciechanowie?

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 aktualnie przyjmowane leki:

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

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić