

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie / przyjęcie**  
**do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Jeleniej Górze**

Jelenia Góra, dnia .....

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

1. Imię (imiona) i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Jeleniej Górze

.....

2. Adres zamieszkania

.....

.....

3. Data i miejsce urodzenia

.....

4. PESEL

.....

5. Diagnoza – rozpoznanie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Uszkodzenia innych narządów i układu ruchu, 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 do umieszczenia w formie pobytu dziennego/całodobowego w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym w Jeleniej Górze?

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:

.....

.....

.....

.....

.....

\* podkreślić właściwe

.....  
(podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie)