.............................................................. .......................................... dnia ..............................

/pieczęć nagłówkowa/ /miejscowość/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie**

**do Powiatowego Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Brwinowie**

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

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

1. Adres ...............................................................................................................................................................................................................................................
2. Data i miejsce urodzenia

……………………………………………………………..……………..…..….

1. PESEL .......................................................................................................................
2. Diagnoza – rozpoznanie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uszkodzenie innych narządów i układu, choroby współistniejące, w tym zaburzenia psychiczne:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dalsze leczenie i rehabilitacja:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Konieczność stosowania diety:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czynności pielęgnacyjne wynikające z indywidualnych zaleceń lekarskich (jakie?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do umieszczenia w formie pobytu dziennego/całodobowego w Powiatowym Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Brwinowie?

**TAK\* NIE\***

1. Czy w/w jest osobą, która z uwagi na niepełnosprawność wymaga częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

**TAK\* NIE\***

1. Faktyczny stan zdrowia :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

/podpis i pieczęć lekarza/

\* właściwe podkreślić