

Miejscowość.....
Data.....

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU
SAMOPOMOCY**

Imię i nazwisko.....

Wiek

Adres zamieszkania (pobytu)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego– początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym
zakresie

5. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)
.....

6. W/w Pan/i wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność
samodzielnej egzystencji:
stale/okresowo

7. Stan zdrowia i możliwości psychofizyczne pozwalają na umieszczenie w ŚDS dla:
- 1) typ A — dla osób przewlekle psychicznie chorych;
 - 2) typ B — dla osób upośledzonych umysłowo;
 - 3) typ C — dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych
- / zakreślić jeden typ/

UWAGA:

W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w ŚDS do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa psychiatry i/lub neurologa.

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie