

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Wrocław data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane w celu stwierdzenia zasadności skierowania
do mieszkania treningowego lub wspomaganego***

.....
Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkania treningowego lub wspomaganego

Data urodzenia..... **Adres zamieszkania**.....

.....
1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
2. Przebieg schorzenia podstawowego; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

.....
3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....
4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja; pobyty w szpitalu:

.....
5. Ocena wyników leczenia, rokowania, wskazanie dalsze leczenie i rehabilitacja:

6. Używane przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

7. Ww. Pan(i) wymaga pomocy w zakresie (właściwe podkreślić):

- a. przyjmowanie pokarmów,
- b. wykonywanie czynności w zakresie higieny osobistej,
- c. poruszania się w środowisku,
- d. prowadzenia gospodarstwa domowego (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprzątanie, pranie itp.)

8. Ww. Pan(i) przejawia znaczne zaburzenia sfery emocjonalnej i wolicjonalnej:

.....
.....

9. Ww. Pan(i):

- a. może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu w miejscu zamieszkania,
- b. może samodzielnie funkcjonować przy częściowej pomocy w formie usług opiekuńczych,
- c. nie może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu w miejscu zamieszkania-ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki osoby drugiej*.

10. Ww. Pan(i) jest zdolna (y), nie jest zdolna(y)* do odbycia podróży celem poddania się bezpośredniemu badaniu przez lekarza wydającego opinię.

.....
Pieczętka i podpis wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić