

.....  
/pieczęć nagłówekowa/

..... dnia .....

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie**  
**do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Łęczycach**

**Uwaga - Centrum Opiekuńczo – Mieszkalne w Łęczycach jest ośrodkiem wsparcia, do którego kierowane są osoby, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnego w Łęczycach:

.....

2. Adres .....

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 Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Łęczycach.

**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 :

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

.....  
/podpis i pieczęć lekarza/

\* właściwe podkreślić