

.....

.....dnia.....

ZAŚWIADCZENIE

lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do Gminnego Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Gorzewie Kolonii

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Gminnego Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Gorzewie Kolonii:

.....

2. Adres.....

3. Data i miejsce urodzenia.....

4. PESEL.....

5. Diagnoza- rozpoznanie:.....

.....

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, 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 całodobowego w Gminnym Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym w Gorzewie Kolonii:

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. Uwagi lekarza, krótki opis stanu zdrowia- wskazanie lub przeciwwskazanie do umieszczenia w GCOM.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

*właściwe podkreślić