Miejscowość……………………………….

 Data…………………………………………

……………………………………

pieczątka 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

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

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

1. W/w Pan/i wymaga/nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji:

stale/okresowo

1. Stan zdrowia i możliwości psychofizyczne pozwalają na umieszczenie w ŚDS dla:
2. typ A — dla osób przewlekle psychicznie chorych;
3. typ B — dla osób upośledzonych umysłowo;
4. typ C — dla osób wykazujących inne przewlekłe 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.

 …………………………………………………….

 pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie