

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIELAJĄCEJ  
SIĘ O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

1. Imię i nazwisko .....

2. Data urodzenia.....

3. Adres zamieszkania .....

4. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

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

5. Choroby współistniejące oraz uszkodzenia innych narządów i układów .....

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

6. Zastosowane leczenie i rehabilitacja, pobyt w szpitalu, sanatorium:

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

7. Ocena wyników leczenia, rokowanie, dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

8. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

