

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....  
(miejsowość i data)

**Zaświadczenie Lekarskie  
o stanie zdrowia**

**osoby ubiegającej się o skierowanie do Centrum opiekuńczo- mieszkalnego w Opatowie**

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Centrum opiekuńczo-mieszkalnego

.....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

PESEL : .....

1. Diagnoza – rozpoznanie :
  
2. Uszkodzenie innych narządów i układu, choroby współistniejące, w tym zaburzenia psychiczne:
  
3. Dalsze leczenie i rehabilitacja ( w tym podawanie leków – nazwa leku i dawkowanie):
  
4. Konieczność stosowania diety:
  
5. Czynności pielęgnacyjne wynikające z indywidualnych zaleceń lekarskich (jakie?):
  
6. Istnieją/ nie istnieją\* przeciwwskazania do umieszczenia w Centrum opiekuńczo-mieszkalnym w Opatowie.

.....  
( podpis i pieczęć lekarza)

\*niepotrzebne skreślić