

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

(miejsowość i data)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane w celu stwierdzenia zasadności skierowania
do domu pomocy społecznej**

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

Data urodzenia Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego;
stadium zaawansowania choroby:

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja; pobyty w szpitalu:

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, wskazane dalsze leczenie i rehabilitacja: