

Miejscowość .....

.....  
Pieczętka ZOZ lub NZOZ

Data .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO O STANIE ZDROWIA  
DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA CHRONIONEGO**

Wiek .....

Adres zamieszkania /pobytu/ .....

1. Opis aktualnego stanu zdrowia, przebieg leczenia, zalecone stałe leki, hospitalizacje: .....

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

2. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby: .....

.....  
.....

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

.....

4. Ewentualne uwagi/ koniecznych konsultacji specjalistycznych ....

.....  
.....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia osoby w mieszkaniu chronionym

.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie)