

.....
/pieczęć nagłówkowa/

..... dnia

.....
/miejscowość/

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie
do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Lubartowie

Centrum Opiekuńczo – Mieszkalne w Lubartowie jest ośrodkiem wsparcia, do którego kierowane są osoby, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

1. Imię i Nazwisko
2. Adres
3. Data i miejsce urodzenia
4. PESEL
5. Diagnoza-rozpoznanie:
.....
.....
.....
.....
.....
6. Uszkodzenie innych narządów i układu, choroby współistniejące, w tym zaburzenia psychiczne:
.....
.....
.....
.....
.....
7. Dalsze leczenie i rehabilitacja:
.....
.....
.....
.....
.....
8. Konieczność stosowania diety:
.....
.....
.....
.....
.....
9. Czynności pielęgnacyjne wynikające z indywidualnych zaleceń lekarskich (jakie?)
.....
.....
.....
.....
.....

