**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkania chronionego wspieranego**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkania chronionego wspieranego: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* data urodzenia: …………………………………………………………,
* pesel: ………………………………………………………………………….,
* miejsca zamieszkania: …………………………………………………………………………………………….,
1. Proszę o wskazanie, czy osoba ubiegająca się o skierowanie do mieszkania chronionego wspieranego:
	1. jest osobą przewlekle chorą i stan zdrowia **nie wymaga leczenia szpitalnego**:

TAK NIE

* 1. jest osobą przewlekle chorą i stan zdrowia **nie wymaga pobytu w całodobowej placówce**:

TAK NIE

* 1. czy jest **osobą uzależnioną**:

 TAK NIE

* 1. jest **osobą z chorobą zakaźną**:

 TAK NIE

1. Proszę wskazać, czy **istnieją przeciwskazania** do umieszczenia w mieszkaniu chronionym wspieranym:

TAK NIE

1. Proszę wskazać **rozpoznanie choroby zasadniczej** (w języku polskim):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………… ………………………………………………………………

 (miejscowość i data) podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie