.................................................. Miejscowość: .................................Data…………….

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Stanowi załącznik do ankiety rekrutacyjnej do udziału

w projekcie dofinansowanym z Funduszy Europejskich

*„ Opieka domowa i rehabilitacja osób niesamodzielnych z Rudy Śląskiej i Świętochłowic „*

**Imię i nazwisko:** .............................................................................................................................

**Data i miejsce urodzenia:** ............................................................................................................

**Adres zamieszkania:** .................................................................................................................... **Numer PESEL:** .................................................

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

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

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

1. **Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:**

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

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

1. **Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:**

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

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

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

1. **Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:**

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

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

1. **Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

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

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

* **Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?** (rok) ............................

* **Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?**

(rok).....................

* **Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?**

 **TAK**  **NIE**

* **Czy pacjent:**  **wymaga opieki**  **nie wymaga opieki - osoby drugiej ze względu**

**na niemożność samodzielnej egzystencji?**

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

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie