Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

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

**Zaświadczenie Lekarskie   
o stanie zdrowia  
osoby ubiegającej się o skierowanie do Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie**

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie …………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………..

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:
2. Przebieg schorzenia podstawowego:
3. Uszkodzenie innych narządów i układu, choroby współistniejące, w tym zaburzenia psychiczne:
4. Rokowania, dalsze leczenie i rehabilitacja:
5. Stan zdrowia wskazuje konieczność/ nie wskazuje konieczności\* pobytu w Ośrodku Wsparcia w Leopoldowie.
6. Istnieją/ nie istnieją\* przeciwwskazania do umieszczenia w Ośrodku Wsparcia   
   w Leopoldowie.
7. Wykaz załączników – badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, kart informacyjnych, innej dokumentacji medycznej.

………………………………..

( podpis i pieczęć lekarza)

\*niepotrzebne skreślić

**Uwaga:**

1. W przypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się skierowanie do Ośrodka Wsparcia   
w Leopoldowie, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.  
2. W przypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się skierowanie do Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza neurologa.