

Część A

CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE ŚWIDWIN

- I. Zawiadomienie o stanie zdrowia upoważniające do korzystania z usług opiekuńczych
1. Imię i nazwisko Rok urodzenia
 2. Adres zamieszkania
 3. Określenie jednostki chorobowej
.....
.....
.....

/ Proszę wypełnić przez postawienie krzyżyka w odpowiedniej rubryce/

4.Ocena stanu psychicznego i fizycznego pacjenta/ pacjentki	PEŁNY	OGRANICZONY	BRAK
A/ umiejętność własnej oceny sytuacji osobistej			
B/ wzrok			
C/ mobilność/ chodzenie na ulicy			
D/ mobilność/ chodzenie w domu			
E/ sprawność ruchowa			
F/ panowanie nad zwieraczami			

Czy pacjent/ pacjentka wymaga usług opiekuńczych:

TAK / NIE * (właściwe zaznaczyć)

DOTYCZY TYLKO OSÓB NIE MAJĄCYCH OGRANICZEŃ FIZYCZNYCH

5.Ocena stanu psychicznego i fizycznego pacjenta/ pacjentki	PEŁNY	OGRANICZONY	BRAK
G/ odpowiedzialność osobista w prowadzeniu gospodarstwa domowego			
H/ odpowiedzialność osobista w utrzymaniu higieny osobistej			

UWAGI:

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

Miejscowość, data

Podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

.....

.....