(miejscowość, data)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego indywidualną opiekę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską- **wraz z nr świadczeniodawcy oraz REGON**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Kierujące do Mieszkań Chronionych Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych w Łodzi

**Nazwisko i imię** osoby ubiegającej się o przyjęcie ...................................................................................................................................

**PESEL**

**adres zameldowania**- ...................................................................................................................................................................................

**dane osoby w sprawie umówienia terminu przyjęcia** ( imię i nazwisko ,telefon).................................................................

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

**ubezwłasnowolnienie** Tak  Nie

1. **Wywiad** 
   1. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

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

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

* 1. Główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie

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

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

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

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

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

**Leczenie biologiczne ( nazwy leków, dawki)** ......................................................................................................................................

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

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

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

* 1. Informacje o hospitalizacjach

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ilość hospitalizacji pełno dobowych |  |  | Ilość pobytów w oddziałach dziennych |  |
| Termin I hospitalizacji |  |  | Termin I pobytu |  |
| Termin ostatniej hospitalizacji |  |  | Termin ostatniego pobytu |  |

* 1. Próby samobójcze Tak  Nie

Jeżeli były próby samobójcze to jakie i kiedy:

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

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

* 1. Nadużywanie alkoholu Tak  Nie    
     Innych substancji psychoaktywnych Tak  Nie    
     jakich? ……………………………………………………………………...........................................................

Jeżeli tak to jak często, od jak dawna, kiedy ostatnio, jaki wpływ na zachowanie, leczenie choroby zasadniczej/ współistniejących.

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

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

1. **Badania przedmiotowe:**
2. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.................................................................................

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

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

1. Schorzenia współistniejące: ...................................................................................................................................................

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

**a.** Choroba zakaźna: tak / nie; jeśli tak to jaka?

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

**b.** Gruźlica: tak / nie; jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak / nie

1. **Funkcjonowanie w środowisku**
   1. Wykształcenie………………………………………………………………………..........................................
   2. Zawód wyuczony………………………………………………………………………….................................
   3. Zatrudnienie Tak  Nie
   4. Przebieg pracy zawodowej: gdzie, jak długo, czy w zawodzie, ostatnie miejsce pracy, (przybliżona) data rozwiązania ostatniej umowy( o pracę, zlec itp.)

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

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

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

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

* 1. Sytuacja mieszkaniowa /mieszka sam , z rodziną, standard zajmowanego mieszkania, informacje o ewentualnym zadłużeniu, nieuregulowanej sytuacji prawnej/

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

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

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

* 1. Sytuacja rodzinna /stan cywilny, związki, dzieci, relacje, osoby zależne, obciążenia np. alimentacyjne/:

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

**Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona, w chwili badania wymaga/nie wymaga**[[1]](#footnote-1) **hospitalizacji:**

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

pieczęć, podpis lekarza, data

1. **Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do Mieszkań Chronionych, albo jej przedstawiciela ustawowego.**

**Wyrażam / nie wyrażam\* zgody na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie do w/w mieszkań.**

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

data i podpis osoby kierowanej do mieszkań lub jej przedstawiciela ustawowego

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)