

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

Kierujące do mieszkania chronionego w Zduńskiej Woli, ul. Szkolna 10

Nazwisko i imię: .....

PESEL: .....

Adres: .....

Ubezważnowolnienie: TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Jeżeli osoba jest ubezwłasnowolniona:

Nazwisko i imię, adres opiekuna prawnego: .....

.....

1. Wywiad:

a/ rozpoznanie (choroba zasadnicza): .....

.....

b/ pozostałe dolegliwości: .....

.....

c/ leki i ich dawkowanie: .....

.....

d/ nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych

TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

2. Informacja o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do skierowania do mieszkania chronionego:

.....

.....

3. Czy osoba kierowana do mieszkania chronionego wymaga /nie wymaga całodobowej opieki osób trzecich (niepotrzebne skreślić).

.....

miejsowość i data

.....

podpis lekarza psychiatry lub neurologa

Powyższe dane są niezbędne do skierowania osoby do mieszkania chronionego zgodnie z art. 53 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 ze zm.), art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE.L z 2016 r., Nr 119, str.1).