



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1.	IMIĘ I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej: Wiek
2.	Jest osobą przewlekle chorą i jej stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: Stale: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Okresowo: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej: <input type="checkbox"/> pielęgnacja chorych <input type="checkbox"/> pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi <input type="checkbox"/> leczenie, badania i porady lekarskie <input type="checkbox"/> rehabilitacja lecznicza <input type="checkbox"/> badania i terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> działania zapobiegawcze
5.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - zalecana konsultacja lekarza psychiatry* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - zalecana konsultacja psychologa** <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6.	Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu***: <input type="checkbox"/> dla osób w podeszłym wieku <input type="checkbox"/> dla osób przewlekle somatycznie chorych <input type="checkbox"/> dla osób przewlekle psychicznie chorych <input type="checkbox"/> dorosłych niepełnosprawnie intelektualnie <input type="checkbox"/> dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie <input type="checkbox"/> dla osób niepełnosprawnych fizycznie *** zaznaczyć tylko jeden profil

Miejscowość

Data.....



podpis i pieczęć lekarza

* W wypadku występowania **choroby psychicznej** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

** W wypadku występowania **upośledzenia umysłowego** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.