

.....
pieczęta zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

.....

2. Wiek

3. Jest osobą przewlekle chorą i stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*

4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki **stale*** lub **okresowo***

TAK*

NIE*

5. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych*:

- 1) pielęgnacja chorych;
- 2) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi;
- 3) leczenie, badania i porady lekarskie;
- 4) rehabilitacja lecznicza;
- 5) badania i terapia psychologiczna;
- 6) działania zapobiegawcze.

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

TAK*

NIE*

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć lekarza

*właściwe podkreślić

Uwaga

W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry;

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

Prosimy o podkreślenie odpowiedniego typu domu pomocy społecznej, do którego osoba powinna być skierowana:

1. dom pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku
2. dom pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych
3. dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych
4. dom pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
5. dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
6. dom pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych fizycznie

* właściwe podkreślić

.....

podpis i pieczęć lekarza