

Piecątka
zakładu opieki zdrowotnej**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

2. Wiek

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

 1. TAK 2. NIE

4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

stale 1. TAK 2. NIE**okresowo** 1. TAK 2. NIE

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

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

 1. TAK 2. NIEZalecana konsultacja lekarza psychiatry: 1. TAK 2. NIEZalecana konsultacja psychologa: 1. TAK 2. NIE

Miejscowość

Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

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

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