

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 : 1.tak 2.nie						
3	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20%;">stale</td><td style="width: 40%;">1.tak</td><td style="width: 40%;">2.nie</td></tr><tr><td>okresowo</td><td>1.tak</td><td>2.nie</td></tr></table>	stale	1.tak	2.nie	okresowo	1.tak	2.nie
stale	1.tak	2.nie					
okresowo	1.tak	2.nie					
4	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej: ⊖ pielęgnacja chorych ⊖ pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi ⊖ leczenie, badania i porady lekarskie ⊖ rehabilitacja lecznicza ⊖ badania i terapia psychologiczna ⊖ działania zapobiegawcze						
5	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej: ⊖ tak ⊖ nie Zalecana konsultacja lekarza psychiatry * ⊖ tak ⊖ nie Zalecana konsultacja psychologa** ⊖ tak ⊖ nie						

6	<p>Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu*:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dla osób w podeszłym wieku 2. dla osób przewlekle somatycznie chorych 3. dla osób przewlekle psychicznie chorych 4. dorosłych niepełnosprawnie intelektualnie 5. dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie 6. dla osób niepełnosprawnych fizycznie. <p style="text-align: right;">*właściwe podkreślić</p>

Miejscowość

Data

.....
(pieczętka i podpis 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.