

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 wymaga / 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:*

- a) pielęgnacja chorych,
- b) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- c) leczenie, badanie i porady lekarskie,
- d) rehabilitacja lecznicza,
- e) badania i terapia psychologiczna,
- f) wszystkie wyżej wymienione

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

TAK* NIE*

7. Typ domu, do którego powinna zostać skierowana osoba badana*

- a) dla osób w podeszłym wieku,
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
- g) dla osób uzależnionych od alkoholu,

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

UWAGA

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

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

***Właściwe zaznaczyć**