

.....
pieczętka 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. **3**Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

TAK*

NIE*

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry

TAK*

NIE*

Zalecana konsultacja psychologa

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.