



Miejscowość, dnia.....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE *

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej wiek	
2. Jest osobą przewlekle chorą i jej stan zdrowia wymaga leczenia szpitalnego tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
3. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: Stale tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Okresowo tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
4. Zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej: - pielęgnacja chorych <input type="checkbox"/> - rehabilitacja lecznicza <input type="checkbox"/> - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi <input type="checkbox"/> - badania i terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> - leczenie, badania i porady lekarskie <input type="checkbox"/> - działania zapobiegawcze <input type="checkbox"/>	
5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> - zalecana konsultacja lekarza psychiatry * tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> - zalecana konsultacja psychologa ** tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
6. Powinien (powinna) być umieszczona w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu * 1) dla osób w podeszłym wieku, 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych, 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych, 4) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 5) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie, 7) dla osób uzależnionych od alkoholu <p style="text-align: right;">* <u>właściwe podkreślić</u></p>	

.....
podpis i pieczętka lekarza

* 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**.

- * 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**.