

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*

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, badanie i porady lekarskie,
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) badania i terapia psychologiczna,
- 6) działania zapobiegawcze.

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

TAK*

NIE*

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* Właściwe podkreślić.

Uwaga:

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