

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***
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) działania zapobiegawcze,
 - g)
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 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 dołącza się zaświadczenie psychologa.