



(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

1. **IMIĘ I NAZWISKO** osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

.....

wiek:

2. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego

tak

nie

3. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

stale

tak

nie

okresowo

tak

nie

4. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej

– pielęgnacja chorych

– pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi

– leczenie, badania i porady lekarskie

– rehabilitacja lecznicza

– badania i terapia psychologiczna

– działania zapobiegawcze

5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej?

tak nie

– Zalecana konsultacja **lekarza psychiatry*** tak nie

– Zalecana konsultacja **psychologa**** tak nie

6. Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej 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

Miejscowość:

Data:

(podpis i pieczęć lekarza)

* 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 lekarskiego dołącza się zaświadczenie **psychologa**.

*** Właściwe podkreślić.