

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 jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego.*
4. Ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki stale* lub okresowo*
5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej:
TAK*
NIE*
6. Typ domu pomocy społecznej, do którego powinna być skierowana osoba*:
 - dom pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku,
 - dom pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych,
 - dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych,
 - dom pomocy społecznej dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
 - dom pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych fizycznie
 - dom pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu
7. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez DPS świadczeń zdrowotnych:*
 - pielęgnacja chorych,
 - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
 - leczenie, badania i porady lekarskie,
 - badania i terapia psychologiczna,
 - działania zapobiegawcze.
8. Uwagi i wskazania lekarza.....
.....
.....
.....
.....

.....
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.