

**Zaświadczenie lekarskie  
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie  
do domu pomocy społecznej**

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

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

2a. Osoba obecnie przebywa\*/ nie przebywa\* w szpitalu, po zakończonej hospitalizacji \*wymaga/  
nie wymaga\* całodobowej opieki stale\*/okresowo\*.

2b. Ze względu na stan zdrowia osoba \*wymaga / nie wymaga\* całodobowej opieki \*stale/  
okresowo\*.

3. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej TAK\*/ NIE\*

4. Proponuję skierowanie pacjenta do DPS dla \*:

1. osób w podeszłym wieku,
2. osób przewlekle somatycznie chorych,
3. osób przewlekle psychicznie chorych,
4. dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
5. dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
6. osób niepełnosprawnych fizycznie,
7. osób uzależnionych od alkoholu.

.....  
miejsowość 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 niepełnosprawności intelektualnej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **psychologa**.