Wydaje lekarz publicznego
zakładu opieki zdrowotnej

pieczątka
zakładu opieki zdrowotnej

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 ☐ 1. tak ☐ 2. nie

4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki : stale ☐ 1. tak ☐ 2. nie
   lub okresowo ☐ 1. tak ☐ 2. nie

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

   ☐ 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 . ☐ 1. tak ☐ 2. nie

   Zalecana konsultacja lekarza psychiatry ☐ 1. tak ☐ 2. nie

   Zalecana konsultacja psychologa ☐ 1. tak ☐ 2. nie

Miejscowość .....

Data .....

.....

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 zaświadczenia psychologa.