

## 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\***

**TAK\***

**NIE\***

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

- 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

**TAK\***

**NIE\***

7. Stan psychiczny (np. zaburzenia nastroju, zespół psychoorganiczny).....

.....

8. Typ domu, do którego powinna zostać skierowana osoba badana\*

- 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 niepełnosprawnej intelektualnie,
- 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
- 7) dla matek z małymi dziećmi i kobiet w ciąży,
- 8) dla osób uzależnionych od alkoholu.

9. Uwagi i wskazania lekarza .....

.....

.....

.....

Miejscowość 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 upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.