

.....
pieczętka 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: - wymaga leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - wymaga wzmożonej opieki medycznej (ZOL, ZPO) <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: stale: <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie okresowo: <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej - pielęgnacja chorych, <input type="checkbox"/> - rehabilitacja lecznicza, <input type="checkbox"/> - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi <input type="checkbox"/> - badania i terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> - leczenie, badania i porady lekarskie <input type="checkbox"/> - działania zapobiegawcze <input type="checkbox"/>
5.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej: <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja lekarza psychiatry * <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja psychologa ** <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
6.	Powinien (powinna) być umieszczony (a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu:* 1) dla osób w podeszłym wieku, 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych, 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych, 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie. <p style="text-align: right;">* <u>właściwe podkreślić</u></p>

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 lekarza psychologa.