Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1.	**IMIĘ I NAZWISKO** osoby obiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej …..... **wiek** …..
2.	Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia **nie wymaga** leczenia szpitalnego ☐ 1.tak ☐ 2. nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: **stale** ☐ 1. tak ☐ 2. nie **okresowo** ☐ 1. tak ☐ 2. nie
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej - pielęgnacja chorych, ☐ - rehabilitacja lecznicza, ☐ - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, ☐ - badania i terapia psychologiczna, ☐ - leczenie, badania i porady lekarskie, ☐ - działania zapobiegawcze ☐
5.	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
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) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 5) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie, *** podkreślić jeden, właściwy typ domu**

Miejscowość ….....

Data ….....

Podpis i pieczęć lekarza

* W wypadku wystąpienia **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 **psychologa**