

Pieczęć placówki leczniczej

Zaświadczenie Lekarskie

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

2. Wiek

3. Jest osobą przewlekle chorą ale jej stan nie wymaga leczenia szpitalnego*

4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całkowitej opieki **stale** lub **okresowo***

TAK*

NIE *

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

1) pielęgnacja chorych

1. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi

2. leczenie, badanie i porady lekarskie

3. rehabilitacja lecznicza

4. badania i terapia psychologiczna

5. działania zapobiegawcze

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

TAK*

NIE *

7. Typ domu do którego powinna być skierowana osoba badana:

- środowiskowy dom pomocy społecznej
- dla osób w podeszłym wieku
- dla osób przewlekle chorych somatycznie
- dla osób przewlekle chorych psychicznie
- dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- dla matek z małymi dziećmi i kobiet w ciąży

właściwie podkreślić

w przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry

w przypadku upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa

data

podpis i pieczęć lekarza

.....

.....