

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....

2. Wiek

3. Pesel

4. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego *

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki *stale** lub *okresowo**

TAK*

NIE*

7. 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.

8. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

TAK*

NIE*

9. Wymaga umieszczenia w DPS dla:

- a) osób w podeszłym wieku,
- b) osób przewlekle somatycznie chorych,
- c) osób przewlekle psychicznie chorych,
- d) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie,
- f) osób niepełnosprawnych fizycznie.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Uwaga:

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

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

* Właściwe podkreślić