

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, badania 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*

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*Właściwe podkreślić

*Niepotrzebne skreślić

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.