

Wydaje lekarz publicznego zakładu
opieki

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

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 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:		
stale	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
lub okresowo	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> pielęgnacja chorych	<input type="checkbox"/> rehabilitacja lecznicza	
<input type="checkbox"/> pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi	<input type="checkbox"/> badania i terapie psychologiczna	
<input type="checkbox"/> leczenie, badanie i porady lekarskie	<input type="checkbox"/> działania zapobiegawcze	
6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczania w domu opieki społecznej? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Zalecana konsultacja lekarza psychiatry	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zalecana konsultacja psychologa	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Miejscowość.....

.....
podpis i pieczęć lekarza

Data.....

*

*W wypadku występowania choroby psychicznej 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