

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie

Na podstawie badań lekarskich z dnia

oraz załączonych badań dodatkowych stwierdza się, że

Pan(i)

zam.

.....

1. Powinien (ma) być skierowany (a) do domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu:

- dla osób w podeszłym wieku (*pieczętka imienna lekarza)

- dla osób przewlekle somatycznie chorych, (*)

- dla przewlekle psychicznie chorych, (*)

- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, (*)

- osób niepełnosprawnych fizycznie, (*)

- uzależnionych od alkoholu, (*)

- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. (*)

2. Powinien być skierowany do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla osób przewlekle chorych.

3. Nie został(a) zakwalifikowany(zakwalifikowany) do Domu Pomocy Społecznej lub Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z powodu przeciwwskazań zdrowotnych lub innych

.....

4. UWAGI uzupełniające:

.....
.....
.....
.....

.....
(miejsce i data)

(podpis i pieczęć lekarza)