



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

| | |
|-----------|--|
| 1. | Dane osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej: Imię i nazwisko: wiek: |
| 2. | Jest osobą przewlekle chorą, a stan jej zdrowia: <input type="checkbox"/> wymaga leczenia szpitalnego; <input type="checkbox"/> nie wymaga leczenia szpitalnego. |
| 3. | Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki na: <input type="checkbox"/> stałe; <input type="checkbox"/> okresowo, tj. miesięcy. |
| 4. | Zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> pielęgnacja chorych;</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> rehabilitacja lecznicza;</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi;</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> badania i terapia psychologiczna;</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> leczenie, badania i porady lekarskie;</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> działania zapobiegawcze.</div> </div> |
| 5. | Przeciwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej: <input type="checkbox"/> tak; <input type="checkbox"/> nie. |
| 6. | Zalecana konsultacja z: <input type="checkbox"/> lekarzem psychiatrą ¹ ; <input type="checkbox"/> psychologiem ² ; <input type="checkbox"/> nie zachodzi konieczność konsultacji. |
| 7. | Umieszczenie w domu pomocy społecznej o profilu (możliwy tylko jeden wybór): <input type="checkbox"/> dla osób w podeszłym wieku; <input type="checkbox"/> dla osób przewlekle somatycznie chorych; |

¹ W wypadku występowania **choroby psychicznej** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **lekarza psychiatry**.

² W wypadku występowania **upośledzenia umysłowego** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **psychologa**.

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> dla osób przewlekłe psychicznie chorych;<input type="checkbox"/> dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;<input type="checkbox"/> dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;<input type="checkbox"/> dla osób niepełnosprawnych fizycznie. |
|--|---|

Miejscowość:

Data sporządzenia:

Podpis i pieczęć lekarza