

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej/rodzinnego domu pomocy*:

.....

2. Wiek:

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

4. Ze względu na stan zdrowia

.....

.....

wymaga całodobowej opieki stale* lub okresowo*

5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej/rodzinnym domu pomocy:

TAK*

NIE*

Jeżeli tak to jakie:.....

6. Typ domu pomocy społecznej, do którego powinna być skierowana osoba*:

- ⇒ dom pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku,
- ⇒ dom pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- ⇒ dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- ⇒ dom pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- ⇒ dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- ⇒ dom pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
- ⇒ rodzinny dom pomocy

7. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez DPS świadczeń zdrowotnych*:

- ⇒ pielęgnacja chorych,
- ⇒ pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- ⇒ leczenie, badanie i porady lekarskie,
- ⇒ rehabilitacja lecznicza,
- ⇒ badania i terapia psychologiczna,
- ⇒ działania zapobiegawcze.

8. Uwagi i wskazania lekarza

.....

.....

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza

* Właściwe podkreślić