

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1.	IMIĘ I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej; wiek lat
2.	Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: stałe <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie okresowo <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej - pielęgnacja chorych, <input type="checkbox"/> - rehabilitacja lecznicza <input type="checkbox"/> - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi <input type="checkbox"/> - badania i terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> - leczenie, badania i porady lekarskie <input type="checkbox"/> - działania zapobiegawcze <input type="checkbox"/>
5.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie - Zalecana konsultacja lekarza psychiatry * <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie - Zalecana konsultacja psychologa * <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie
6.	Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu: * 1) Dla osób w podeszłym wieku 2) Dla osób przewlekle somatycznie chorych 3) Dla osób przewlekle psychicznie chorych 4) Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie 5) Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie <p style="text-align: right;">* właściwe podkreślić</p>

Miejscowość

Data