

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie
do domu pomocy społecznej

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.

2. data urodzenia

3. adres zamieszkania

4. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego
1. tak 2. nie

5. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki : stale 1. tak 2. nie
lub okresowo 1. tak 2. nie

6. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej

1. pielęgnacja chorych

4. rehabilitacja lecznicza

2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi

5. badania i terapia

psychologiczna

3. leczenie, badanie i porady lekarskie

6. działania zapobiegawcze

7. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej
1. tak 2. nie

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry 1. tak 2. nie

Zalecana konsultacja psychologa 1. tak 2. nie

8. Proponuję skierowanie pacjenta do DPS dla:

1. Osób w podeszłym wieku,
2. osób przewlekle somatycznie chorych,
3. Osób przewlekle psychicznie chorych,
4. Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
5. Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
6. Osób niepełnosprawnych fizycznie,
7. Osób uzależnionych od alkoholu.

Miejscowość

Data

.....
podpis i pieczęć lekarza

*W wypadku występowania choroby psychicznej u 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 zaświadczenia psychologa.