

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UMIESZCZENIE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

IMIĘ, NAZWISKO: .....

WIEK .....

**OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O UMIESZCZENIE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego TAK  NIE

Ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki

STALE TAK  NIE

OKRESOWO TAK  NIE

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NIEZBĘDNYCH DO ZAPEWNIENIA PRZEZ DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**

pielęgnacja chorych

rehabilitacja lecznicza

pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi

badania i terapia psychologiczna

leczenie, badania i porady lekarskie

działania zapobiegawcze

**ZALECANE KONSULTACJE**

LEKARZA PSYCHIATRY <sup>1</sup> TAK  NIE

PSYCHOLOGA <sup>2</sup> TAK  NIE

Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej TAK  NIE

**OSOBA POWINNA ZOSTAĆ UMIESZCZONA DPS NA POBYT CAŁODOBOWY O PROFILU \*:**

dla osób w podeszłym wieku

dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie

dla osób przewlekle somatycznie chorych

dla osób niepełnosprawnych fizycznie

dla osób przewlekle psychicznie chorych

osób uzależnionych od alkoholu

dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

\* wskazać właściwy profil

Miejscowość: .....

Data: .....

Podpis i pieczęć lekarza

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

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