

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*

---

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

---

2. Wiek

---

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

---

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

---

5. 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

---

6. 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

---

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.