

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej:

.....

2. Wiek

3. Czy osoba wymaga okresowego / stałego pobytu w Domu Pomocy Społecznej? *

TAK

NIE

4. Choroby somatyczne:

Diagnoza:

.....

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie):

.....

.....

5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Dom Pomocy Społecznej:

- ✓ Pielęgnacja chorych
- ✓ Pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym
- ✓ Leczenie, badanie i porady lekarskie
- ✓ Rehabilitacja lecznicza
- ✓ Badania i terapia psychologiczna
- ✓ Działania zapobiegawcze

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej? *

TAK

NIE

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry *
(w przypadku zaburzeń psychicznych)

TAK

NIE

Zalecana konsultacja psychologa *
(w przypadku upośledzenia umysłowego lub otępienia)

TAK

NIE

7. Wskazany profil domu pomocy społecznej:*

- dla osób starszych;
- dla osób przewlekle somatycznie chorych;
- dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie ;
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie;
- dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży;

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczętka lekarza

*właściwe zakreślić