#### Wypełnia lekarz publicznego

#### zakładu opieki zdrowotnej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

....................................................................................................................................................................

Wiek.................................

Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego\*

Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki na stałe lub okresowo\*

TAK NIE

Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych\*

pielęgnacja chorych,

pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,

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

......................................................... ...............................................

miejscowość i data podpis i pieczęć lekarza

**Uwaga:**

W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.

Prosimy o podkreślenie odpowiedniego typu domu pomocy społecznej, do którego osoba powinna być skierowana:

1. dom pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku,

2. dom pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych,

3. dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych,

4. dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,

5. dom pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,

6. dom pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

\* właściwe podkreślić

.............................................................

pieczęć i podpis lekarza