( pieczątka szpitala albo Ośrodka Zdrowia)

ORZECZENIE

Na podstawie badań lekarskich z dnia ………………………………………………………………………………………………..

oraz dołączonych badań dodatkowych stwierdza się, że Pan/Pani:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

zam…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Powinien/a być skierowany/a do Domu Pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu:\*
* dla osób w podeszłym wieku
* dla osób przewlekle somatycznie chorych
* dla osób przewlekle psychicznie chorych
* dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
* dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
* dla osób niepełnosprawnych fizycznie
1. Nie został/a zakwalifikowany/a do Domu pomocy społecznej z powodu przeciwwskazań zdrowotnych.

………………………………………………………… ……………………………………………………………………..

(miejscowość i data) ( podpis i pieczęć lekarza )

\* właściwe podkreślić