Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

(wypełnia lekarz publicznego zakładu opieki zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

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

1. Wiek ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Jest osoba przewlekle chora i jej stan nie wymaga szpitalnego leczenia\*
3. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki stale\*: tak, nie

lub okresowo\*: tak, nie

1. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych :
2. pielęgnacja chorych
3. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi
4. leczenie, badania i porady lekarskie
5. rehabilitacja lecznicza
6. badania i terapia psychologiczna
7. działania zapobiegawcze
8. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

 tak \* nie\*

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry tak\* nie\*

Zalecana konsultacja psychologa tak\* nie\*

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

 ( miejscowość i data ) ( podpis i pieczęć lekarza )

**\*właściwe podkreślić**

**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.