……………………………………………….  
*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\***

**1.** IMIĘ I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………wiek……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**3.** Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

stale 1. tak □ 2. nie □

okresowo 1. tak □ 2. nie □

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

□ pielęgnacja chorych, □ rehabilitacja lecznicza,

□ pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, □ badania i terapia psychologiczna

□ leczenie, badania i porady lekarskie, □ działania zapobiegawcze

**5.** 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 □

**6.** Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu\*:

1) dla osób w podeszłym wieku  
 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych  
 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych  
 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie  
 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie  
 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie  
 7) dla osób uzależnionych od alkoholu

\**właściwe podkreślić*

Miejscowość……………………………………………  
Data………………………………………………………..

………………………………  
 *podpis i pieczęć lekarza*

\* 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.