



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko oraz wiek osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej .....	
2. Jest osobą przewlekle chorą	<input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
3. Wymaga leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: stale	<input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
lub okresowo	<input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> 1. pielęgnacja chorych	<input type="checkbox"/> 4. rehabilitacja lecznicza
<input type="checkbox"/> 2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi	<input type="checkbox"/> 5. badania i terapia psychologiczna
<input type="checkbox"/> 3. leczenie, badanie i porady lekarskie	<input type="checkbox"/> 6. działania zapobiegawcze
6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie jeśli tak, to jakie .....	
.....	

Miejscowość .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

Data .....