

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

„Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.” (art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej, opis stanu zdrowia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Czy osoba jest w stanie samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, przy wsparciu w formie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania w maksymalnym wymiarze 6 godzin dziennie:

TAK

NIE

2. Osoba ze względu na stan zdrowia wymaga:

całodobowej opieki

TAK

NIE

leczenia szpitalnego

TAK

NIE

