

Pieczętka poradni

Zaświadczenie lekarskie
w celu wydania skierowania do Domu Pomocy Społecznej

Imię i nazwisko:.....

PESEL.....

Adres zamieszkania:.....

1. ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ:

2. USZKODZENIA INNYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW, CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE:

3. OPIS AKTUALNEGO STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO OSOBY BADANEJ I PROGNOZA STANU ZDROWIA:

4. CZY OSOBA WYMAGA KONSULTACJI LEKARZA PSYCHIATRY?

TAK

NIE

6. CZY OSOBA WYMAGA ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA CAŁODOBOWEJ OPIEKI ZE WZGLĘDU NA NIEMOŻNOŚĆ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI?

TAK

NIE

7. CZY ISTNIEJĄ PRZECIWSKAZANIA DO UMIESZCZENIA OSOBY W DPS?

TAK

NIE

PACJENTKA / PACJENT KWALIFIKUJE SIĘ DO UMIESZCZENIA W DOMU POMOCY

SPOŁECZNEJ DLA:

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

Data pieczęć i podpis lekarza rodzinnego