



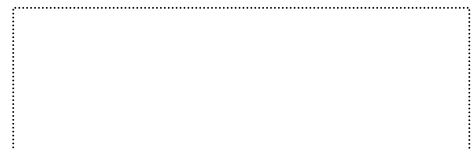
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E *

1.	IMIĘ I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu opieki całodobowej wiek
2.	Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: stale <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie okresowo <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
4.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu opieki całodobowej <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja lekarza psychiatry * <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja psychologa * <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
5.	Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu opieki całodobowej 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, <p style="text-align: right;">* <u>właściwie podkreślić</u></p>

Miejscowość

Data



Podpis i pieczęć lekarza

* W wypadku występowania **upośledzenia umysłowego** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu opieki całodobowej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **psychologa**.