

9. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki :

stale TAK NIE

okresowo TAK NIE

10. Proszę podkreślić zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej :

- pielęgnacja chorego
- pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym
- leczenie, badania i porady lekarskie
- rehabilitacja lecznicza
- badania i terapia psychologiczna
- działania zapobiegawcze

11. Badana osoba ze względu na stan zdrowia **wymaga*/ nie wymaga*** skierowania do:

domu pomocy społecznej (dotyczy osób wymagających całodobowej opieki)

zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego (dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

12. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez **:

Lekarza psychiatrę TAK NIE

Psychologa TAK NIE

.....
(PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA)

* podkreślić właściwe

** W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa.