

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego pacjent zgłosił deklarację wyboru

o stanie zdrowia wydane dla potrzeb pomocy społecznej
w celu stwierdzenia zasadności umieszczenia w domu pomocy społecznej

1. Świadczeniobiorca

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(imię i nazwisko)

(nr Pesel)

2. Jest osobą przewlekle chorą **TAK*** **NIE***

3. Był/a leczony/a psychiatrycznie **TAK*** **NIE***

4. Wymaga konsultacji lekarza psychiatry **TAK*** **NIE***

5. Wymaga konsultacji psychologa **TAK*** **NIE***

6. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki

stale* **TAK*** **NIE***
okresowo* **TAK*** **NIE***

7. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych

stale* **TAK*** **NIE***
okresowo* **TAK*** **NIE***

8. Występuje stan psychofizyczny stwarzający zagrożenie dla zdrowia własnego lub osób z otoczenia (np. **choroba zakaźna**, agresja) **TAK*** **NIE***

9. Uzasadnienie i wyjaśnienie motywów przyjęcia powyższego stanowiska (bez wkraczania w sferę wiedzy specjalistycznej i tajemnicy lekarskie) **ze szczególnym uwzględnieniem na czym dokładnie ma polegać całodobowa opieka i wskazania czynności, jakie wchodzi w zakres tej opieki**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego oraz jego podpis)