

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej

## 1. Dane osoby badanej

Imię i nazwisko: .....  
Data urodzenia: .....  
PESEL: .....  
Adres zamieszkania: .....

---

## 2. Rozpoznanie (choroby zasadnicze i współistniejące)

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

---

## 3. Opis stanu zdrowia i sprawności

- osoba porusza się samodzielnie  
 porusza się z pomocą (jaką?) .....  
 osoba leżąca

- wymaga częściowej pomocy osób trzecich  
 wymaga całodobowej opieki

Stan psychiczny:

- bez zaburzeń  
 zaburzenia pamięci  
 otępienie  
 zaburzenia psychiczne (jakie?) .....

Kontakt logiczny:  tak  nie

Świadomość:  pełna  zaburzona

---

## 4. Informacja o braku przeciwwskazań do umieszczenia w DPS

Stwierdzam / nie stwierdzam\* przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Uwagi:

.....

(\*niepotrzebne skreślić)

---

**5. Wskazanie odpowiedniego typu Domu Pomocy Społecznej  
(zgodnie z art. 56 ustawy o pomocy społecznej)**

Ze względu na stan zdrowia i sytuację osoby badanej wskazane jest skierowanie do domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób:

- w podeszłym wieku
  - przewlekle somatycznie chorych
  - przewlekle psychicznie chorych
  - dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
  - dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
  - osób niepełnosprawnych fizycznie
  - osób uzależnionych od alkoholu
- 

**6. Informacja o przyjmowanych lekach (w załączeniu / poniżej)**

.....  
.....

---

Miejscowość, data: .....

Pieczęć i podpis lekarza

.....