



8. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej i zaznaczyć czy istnieje możliwość realizacji w dotychczasowym środowisku.

MOŻLIWOŚĆ REALIZACJI W ŚRODOWISKU

- |  |                          |     |                          |     |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1. Pielęgnacja chorych                       | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 2. Pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3. Leczenia, badania i porady lekarskiej     | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 4. Rehabilitacja lecznicza                   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 5. Badania i terapia psychologiczna          | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 6. Działania zapobiegawcze                   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez \*:

- |                       |                          |     |                          |     |
|-----------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1. Lekarza psychiatrę | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 2. Psychologa         | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

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

- domu pomocy społecznej  
(dotyczy osób wymagających całodobowej opieki)
- zakładu opiekuńczo-leczniczego  
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

11. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia :

- a) dla osób w podeszłym wieku
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

Miejscowość .....

Data .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

---

\* W wypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry

\* W wypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa