

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

Zgodnie z art. 54 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2020r., poz. 1876 t.j. z późn. zm.)

„Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.”

Część I

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

.....
PESEL _____

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

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

3. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

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

4. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku:

.....
.....

5. Lekarz prowadzący – imię, nazwisko, adres, numer telefonu:

.....
.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)