

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY
Część II

Zaświadcza się, że:

Pan/i
ur. zam.

1) *Jest/ nie jest (wpisać słownie):* zdolny/a do świadomego podejmowania decyzji we własnych sprawach życiowych, w tym co do świadomego złożenia podpisu o wyrażeniu zgody na umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej.

2) Jest osobą chorą, ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego

☐ TAK

☐ NIE

3) Ze względu na stan zdrowia w/w wymaga pomocy osoby drugiej w formie usługowej lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub pomocy w formie instytucjonalnej np. uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy, natomiast aktualnie nie kwalifikuje się do umieszczenia w domu pomocy społecznej

☐ TAK

☐ NIE

4) Stwierdzam, że w/w kwalifikuje się ze względu na występujące schorzenia do umieszczona w następującym typie domu pomocy społecznej:

☐ a) dla osób w podeszłym wieku

(wskazania: wiek powyżej 65 lat, choroby wieku podeszłego z chorobami otepiennymi, choroba Alzheimera bez współistniejącej choroby psychicznej),

☐ b) dla osób przewlekle somatycznie chorych

(wskazania: choroby przewlekle somatyczne, choroby otepienne, choroba Alzheimera bez współistniejącej choroby psychicznej),

☐ c) dla osób przewlekle psychicznie chorych

(wskazania: choroby psychiczne lub choroby psychiczne współistniejące z np. chorobą Alzheimera, Zespołem Zależności Alkoholowej),

☐ d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

☐ e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie

☐ f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

(wskazania: osoby poruszające się na wózkach, uszkodzenia narządów ruchu),

☐ g) dla osób uzależnionych od alkoholu

(wskazania: Zespół Zależności Alkoholowej)

.....
(miejscowość, data)

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