

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

Zaświadczam, że Pan/i
ur. zam.

(wpisać słownie: jest lub nie jest) 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.

Jednocześnie stwierdzam, że w/w kwalifikuje się ze względu na występujące
schorzenia do umieszczenia w następującym typie domu pomocy społecznej:

- ☐ a) dla osób w podeszłym wieku (*wskazania: wiek powyżej 65 lat, choroby wieku podeszłego z chorobami otępiennymi, choroba Alzheimera bez współistniejącej choroby psychicznej*),
- ☐ b) dla osób przewlekle somatycznie chorych (*wskazania: choroby przewlekle somatyczne, choroby otępienne, 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*),

.....
(miejscowość, data)

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