

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej

*„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”
(Art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2016 r., poz. 930 z późn. zm.)*

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
.....
2. Wiek:
3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest prowadzona (proszę podać miesiąc i rok)

1. TAK..... 2. NIE

4. Jest osobą przewlekle chorą ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego:

1. TAK 2. NIE

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

7. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

stale 1. TAK 2. NIE

okresowo

1. TAK

2. NIE

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	
	TAK	NIE
1. pielęgnacja chorych		
2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym		
3. leczenia, badania i porady lekarskie		
4. rehabilitacja lecznicza		
5. badania i terapia psychologiczna		
6. działania zapobiegawcze		

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez*:

Lekarza psychiatry

1. TAK

2. NIE

Psychologa

1. TAK

2. NIE

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

Domu pomocy społecznej
(dotyczy osoby wymagającej 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 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 występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia