

**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”*

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)

TAK.....

NIE

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

TAK.

NIE

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

7. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej

stale  TAK

NIE

okresowo  TAK

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	
a) pielęgnacja chorych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c) leczenia, badania i porady lekarskie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d) rehabilitacja lecznicza	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
e) badania i terapia psychologiczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
f) działania zapobiegawcze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez\*:

lekarza psychiatrę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
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 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
- g) dla osób uzależnionych od alkoholu

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 lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa