

Pieczęć instytucji

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 opieki

stale TAK

NIE

okresowo TAK

NIE

8. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 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 i pieczęć 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