

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 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.- Dz.U. z 2017 r., poz. 1769 ze zmianami)

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.....

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 | <input type="checkbox"/> 1. TAK | <input type="checkbox"/> 2. NIE |
| okresowo | <input type="checkbox"/> 1. TAK | <input type="checkbox"/> 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

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

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 lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa