

# 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 z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508)*

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....

3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona

(proszę podać miesiąc i rok)

**Tak**

**Nie**

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

**Tak**

**Nie**

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

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

- stale **Tak**

**Nie**

- okresowo **Tak**

**Nie**

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

Lekarza psychiatrę  
Psychologa

**Tak**  
**Tak**

**Nie**  
**Nie**

10. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej i zaznaczyć czy istnieje możliwość realizacji w dotychczasowym środowisku.

- pielęgnacji chorych	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
- pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
-leczenie badania i porady lekarskie	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
-rehabilitacja lecznicza	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
-badania i terapia Psychologiczna	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
-działania zapobiegawcze	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>

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

Domu pomocy społecznej  
( dotyczy osób wymagających całodobowej opieki)

Zakładu opiekuńczo-leczniczego  
( dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

12. 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