**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 ze zm.)

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

……………………………………………………………………………………………………………………….……..…...

1. Data i miejsce urodzenia:

……………………………………………………………………………………………………………………….……..…...

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

(proszę podać miesiąc i rok)

**Tak Nie**

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

**Tak Nie**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….……..…...

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

* stale **Tak Nie**
* okresowo **Tak Nie**

9 . Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lekarza psychiatrę | **Tak** | **Nie** |
| Psychologa | **Tak** | **Nie** |

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

* pielęgnacji chorych **Tak Nie**
* pielęgnacja i opieka nad

niepełnosprawnym **Tak Nie**

-leczenie badania i porady

lekarskie **Tak Nie**

-rehabilitacja lecznicza **Tak Nie**

-badania i terapia

Psychologiczna **Tak Nie**

-działania zapobiegawcze **Tak Nie**

1. 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)

1. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:
2. dla osób w podeszłym wieku
3. dla osób przewlekle somatycznie chorych
4. dla osób przewlekle psychicznie chorych
5. dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
6. dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
7. dla osób niepełnosprawnych fizycznie
8. dla osób uzależnionych od alkoholu

Miejscowość: ……………………….

Data: ………………………….………..

……………………………………………….

Podpis i pieczątka 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