

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 2019 r. poz. 1507 ze zm.)

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	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

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:

- dla osób w podeszłym wieku
- dla osób przewlekle somatycznie chorych
- dla osób przewlekle psychicznie chorych
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- 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