

.....
pieczęć zakładu

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 2004r. – Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.)

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 wpisać miesiąc i rok)

1. TAK miesiąc i rok

2. NIE

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

1. TAK

2. NIE

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

stale:

1. TAK

2. NIE

okresowo:

1. TAK

2. NIE

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 | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 2. Pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3. Leczenia, badania i porady lekarskiej | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 4. Rehabilitacja lecznicza | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 5. Badania i terapia psychologiczna | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 6. Działania zapobiegawcze | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
8. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez *:
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1. Lekarza psychiatrę | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 2. Psychologa | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
9. 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)
10. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia uwzględniając stanowisko lekarza psychiatry lub psychologa zgodnie z pkt 8 niniejszego zaświadczenia:
- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | a) dla osób w podeszłym wieku |
| <input type="checkbox"/> | b) dla osób przewlekle somatycznie chorych |
| <input type="checkbox"/> | c) dla osób przewlekle psychicznie chorych |
| <input type="checkbox"/> | d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie |
| <input type="checkbox"/> | e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie |
| <input type="checkbox"/> | f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie |

Miejscowość

Data

.....
podpis i pieczętka 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 wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa