

## **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 2004r. o pomocy społecznej – Dz. U. Z 2004r. Nr 64, poz. 593)*

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

.....

**2. Data urodzenia – wiek:**

**ur.**

**lat:**

.....

**3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest prowadzona (proszę wpisać miesiąc i rok):**

**TAK** - miesiąc:.....rok.....

**NIE**

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

**TAK**

**NIE**

**5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Osoba wymaga ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność całodobowej opieki:**

**stale**

**TAK**

**NIE**

**okresowo**

**TAK**

**NIE**

8. Które z wymienionych schorzeń uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie w codziennym życiu i powodują konieczność opieki całodobowej (opisać szczegółowo jakie dysfunkcje i ograniczenia uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie w środowisku i powodują konieczność opieki całodobowej - uzasadnić) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

MOŻLIWOŚĆ REALIZACJI W ŚRODOWISKU

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - pielęgnacja chorych                       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - leczenie, badania i porady lekarskie      | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - rehabilitacja lecznicza                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - badania i terapia psychologiczna          | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - działania zapobiegawcze                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

( podkreślić i zaznaczyć właściwe, mające zastosowanie w danym przypadku)

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez \*)

- |                    |                              |                              |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| lekarza psychiatrę | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| psychologa         | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

10. 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)

11. W przypadku konieczności skierowania 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 osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie

Miejscowość:.....

Data: .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\*) w przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry

\*) w przypadku upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenia w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa

\*\*) podkreślić właściwe