

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....
Data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej**

Imię i nazwisko.....
Wiek.....
Adres zamieszkania (pobytu).....
PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.....

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

5. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (data).....

6. W/w Pan(i) wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: stale/okresowo

7. Zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:

- a. pielęgnacja chorych,
- b. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- c. leczenie, badanie i porady lekarskie,
- d. rehabilitacja lecznicza,
- e. badanie i terapia psychologiczna,
- f. działania zapobiegawcze.

8. Stan zdrowia i możliwości psychofizyczne pozwalają na umieszczenie w DPS dla:
(zakreślić jeden typ domu)

- a) osób w podeszłym wieku
- b) osób przewlekle somatycznie chorych
- c) osób przewlekle psychicznie chorych
- d) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- f) osób niepełnosprawnych fizycznie

Uwaga:

W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku występowania upośledzenia umysłowego osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa.

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie