

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
.....
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania lub pobytu
PESEL.....
2. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*
3. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki stale * lub okresowo*
TAK NIE
4. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:
 - 1). pielęgnacja chorych,
 - 2) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
 - 3) leczenie, badanie i porady lekarskie,
 - 4) rehabilitacja lecznicza,
 - 5) badania i terapia psychologiczna,
 - 6) działania zapobiegawcze.
5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej
TAK* NIE*
6. Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
.....
7. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:
.....
.....
.....
.....
8. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:
.....
.....
9. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium.....
.....
10. Ocena wyników leczenia, rokowania, wskazane dalsze leczenie i rehabilitacja:
.....
.....

11. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie*
- wózek inwalidzki
 - balkonik – chodzik
 - kule
 - laska
 - inne (podać jakie).....
12. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):.....
13. W przypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry TAK* NIE*
14. W przypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa TAK* NIE*
15. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia (psychiatry, psychologa itp.):.....
16. Osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej powinna być skierowana do domu właściwego ze względu na rodzaj schorzenia* tj.:
- 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 matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie)