

.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO O STANIE ZDROWIA DLA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU POMOCY
SPOŁECZNEJ „PRZY PLACU WOLNOŚCI” W RACIBORZU**

Imię i nazwisko.....

Wiek..... PESEL.....

Adres zamieszkania /pobytu/

Opis aktualnego stanu zdrowia, przebieg leczenia, zalecane stałe leki, hospitalizacje:

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

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

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

.....

Ewentualne uwagi/zalecenie koniecznych konsultacji specjalistycznych

.....
.....

Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji? TAK / NIE*

Czy osoba jest osobą przewlekle chorą ale jej stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego?
TAK / NIE*

Czy osoba wymaga ze względu na stan zdrowia, całodobowej opieki? TAK / NIE*

Ogólny stan psychofizyczny osoby ubiegającej się o uczestnictwo w Dziennym Domu Pomocy Społecznej, a w szczególności:

1) Sprawność ruchowa:

- Osoba leżąca,
- Chodzi samodzielnie,
- Porusza się z pomocą innych osób,

Porusza się z pomocą sprzętu pomocniczego – rehabilitacyjnego (proszę podać jaki).....

Nie chodzi samodzielnie.

2) Zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych:

Samodzielnie,

Wymaga częściowej pomocy,

Całkowicie przy pomocy osób drugih.

3) Zdolność porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku)

.....

4) Zdolność przyjmowania posiłków:

Samodzielnie,

Wymaga częściowej pomocy,

Całkowicie przy pomocy osób drugih.

Stan zdrowia badanej osoby pozwala / nie pozwala* na uczestnictwo w Dziennym Domu Pomocy Społecznej, gdzie nie ma zapewnionej całodobowej opieki.

Czy aktualnie stwierdza się:

Chorobę zakaźną TAK / NIE* (jaką).....

Utratę wzroku TAK / NIE* (w jakim stopniu).....

Padaczkę TAK / NIE*

Chorobę psychiczną TAK / NIE* (jaką).....

Uzależnienie od alkoholu TAK / NIE*

Czy osoba może stwarzać niebezpieczeństwo dla:

○ Siebie TAK / NIE* (jeśli TAK to dlaczego).....

○ Innych TAK / NIE* (jeśli TAK to dlaczego).....

* właściwe zakreślić

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