

Miejscowość.....

Data.....

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

**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 na niepełnosprawnymi,

c) leczenie, badania i porady lekarskie,

- d) rehabilitacja lecznicza,
- e) badania i terapia psychologiczna,
- f) działania zapobiegawcze.

8. Stan zdrowia i możliwości psychofizyczne pozwalają na umieszczenie w DPS dla:

- 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,
 - g) osób uzależnionych od alkoholu,
- / zakreślić jeden typ/

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 u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa.

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie



Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan.....

zam.....

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

.....
*podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie
w domu pomocy społecznej*

.....
data/podpis i pieczęć lekarza