

**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 o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.- Dz.U. z 2017 r., poz. 1769 ze zmianami)*

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

.....

2. Wiek: .....

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

1. TAK.....  NIE

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

1. TAK  2. NIE

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

7. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

stale  1. TAK  2. NIE

okresowo  1. TAK  2. NIE

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

MOŻLIWOŚĆ REALIZACJI W ŚRODOWISKU

1. pielęgnacja chorych	TAK	NIE
2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym	TAK	NIE
3. leczenia, badania i porady lekarskie	TAK	NIE
4. rehabilitacja lecznicza	TAK	NIE
5. badania i terapia psychologiczna	TAK	NIE
6. działania zapobiegawcze	TAK	NIE

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez\*:

Lekarza psychiatrii

1. TAK  2. NIE

Psychologa

1. TAK  2. NIE

10. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga /nie wymaga skierowania do:

Domu pomocy społecznej  
(dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)

Zakładu opiekuńczo-leczniczego  
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

11. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:

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

Miejscowość: ..... Data: .....

.....  
Podpis lekarza

- w wypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatrii
- w wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa