

.....
pieczęć nagłówkowa

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

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

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

.....

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

.....

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

.....

.....

.....

5. Osoba wymaga ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność całodobowej opieki:

☐ TAK stale / okresowo*

☐ NIE

6. Osoba ze względu na aktualny stan zdrowia wymaga skierowania do szpitala:

☐ TAK

☐ NIE

7. Proszę wybrać zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej i zaznaczyć czy istnieje możliwość ich realizacji w dotychczasowym środowisku:

możliwość realizacji w środowisku:

- | | |
|---|---|
| - pielęgnacja chorego | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - leczenie, badania i porady lekarskie | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - rehabilitacja lecznicza | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - badania i terapia psychologiczna | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - działania zapobiegawcze | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

8. Czy jest konieczność konsultacji pacjenta przez:

- | | |
|----------------------|---|
| - lekarza psychiatrę | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - psychologa | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

9. 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)**

10. W przypadku konieczności skierowania do domu pomocy społecznej należy określić **jeden typ** placówki domu ze względu na występujące schorzenia:

- ☐ dla osób w podeszłym wieku
- ☐ dla osób przewlekle somatycznie chorych
- ☐ dla osób przewlekle psychicznie chorych
- ☐ dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- ☐ dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- ☐ dla osób niepełnosprawnych fizycznie

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić

**zgodnie z art. 54 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej „Osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest na podstawie art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego”