

**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; ewentualnie potrzeby w tym zakresie

5. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

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:

- pielęgnacja chorych
- pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi
- leczenie, badania i porady lekarskie
- rehabilitacja lecznicza
- badania i terapia psychologiczna
- działania zapobiegawcze

8. Typ domu pomocy społecznej, do którego powinna być skierowana osoba*:

- dom pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku;
- dom pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych;
- dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- dom pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- dom pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych fizycznie;
- dom pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu.

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 lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć lekarza

*właściwe podkreślić