

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania lub pobytu.....

PESEL.....

2. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego *

3. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki stałej * lub okresowo*

*TAK *NIE

4. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:

- 1) pielęgnacja chorych,
- 2) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- 3) leczenie, badanie i porady lekarskie,
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) badania i terapia psychologiczna,
- 6) działania zapobiegawcze.

5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

*TAK *NIE

6. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

7. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

.....

.....

.....

.....

8. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

.....
.....

9. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium

.....
.....

10. Ocena wyników leczenia, rokowania, wskazane dalsze leczenie i rehabilitacja :

.....
.....

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

- wózek inwalidzki
- chodzik- balkonik
- kule
- laska
- inne (podać jakie)

12. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

.....
.....

13. W przypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychiatry

*TAK *NIE

14. W przypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa

*TAK *NIE

15. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia (psychiatry, psychologa itp.):

.....

16. Osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej powinna być skierowana do domu właściwego za względu na rodzaj schorzenia * tj.:

- dla osób w podeszłym wieku
- dla osób somatycznie chorych
- dla osób przewlekle psychicznie chorych
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży

.....

(miejsowość, data)

.....

*(podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie)*