

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 starych,
- b) osób przewlekle somatycznie chorych,
- c) osób przewlekle psychicznie chorych,
- d) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- f) osób niepełnosprawnych fizycznie

/ 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