

Miejscowość

Data

Pieczętka zoz 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/Pani wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej
egzystencji: stale / okresowo * niepotrzebne skreślić

7. Zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:

- a. pielęgnacja chorych
- b. pielęgnacja i opieka nad 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 wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenia w DPS do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie