

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
2. Wiek
3. Rozpoznanie choroby zasadniczej (opis w języku polskim)
4. Przebieg schorzenia podstawowego
5. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie
3. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego ☐ tak ☐ nie

4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: Stale ☐ tak ☐ nie lub okresowo ☐ tak ☐ nie	
5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej	
☐ 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
6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej ☐ tak ☐ nie	
Zalecana konsultacja lekarza psychiatry ☐ 1. tak ☐ 2. nie Zalecana konsultacja psychologa ☐ 1. tak ☐ 2. nie	
7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:	
☐ osoba jest leżąca ☐ porusza się samodzielnie ☐ porusza się o kulach	☐ porusza się na wózku inwalidzkim ☐ porusza się z pomocą osoby drugiej
8. Przyjmowanie pokarmów:	
☐ samodzielnie ☐ jest karmiona przez osobę drugą	
9. Rodzaje ograniczenia innych czynności (mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)	

Miejscowość.....

Data.....

.....
(Podpis i pieczęć lekarza)

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

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