

pieczęć nagłówkowa

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

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

.....

2. Data urodzenia:

.....

3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji, jeżeli tak, to od kiedy jest prowadzona?

TAK miesiąc..... rok

NIE

4. Jest osobą przewlekle chorą, ale jej stan wymaga leczenia szpitalnego:

TAK

NIE

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

6. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

.....

7. Osoba wymaga ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność całodobowej opieki:

TAK stale / okresowo (*niepotrzebne skreślić*)

NIE

8. Które z wymienionych wyżej schorzeń uniemożliwiają funkcjonowanie w codziennym życiu (samodzielne, bądź z pomocą innych osób), opisać jakie dysfunkcje i ograniczenia uniemożliwiają pozostanie w środowisku i powodują konieczność całodobowej opieki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Proszę wybrać zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej i zaznaczyć czy istnieje możliwość ich realizacji w dotychczasowym środowisku:

możliwość realizacji w środowisku

- | | |
|---|---|
| - pielęgnacja chorego | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - leczenie, badania i porady lekarskie | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - rehabilitacja lecznicza | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - badania i terapia psychologiczna | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| - działania zapobiegawcze | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

10. Czy jest konieczność konsultacji pacjenta przez:

- lekarza psychiatrę TAK NIE
- psychologa TAK NIE

11. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga / nie wymaga (*niepotrzebne skreślić*) skierowania do:

- domu pomocy społecznej
 zakładu opiekuńczo – leczniczego*

12. W przypadku konieczności skierowania do domu pomocy społecznej należy określić jeden typ domu ze względu na występujące schorzenia:

- dla osób w podeszłym wieku
 dla osób przewlekle somatycznie chorych
 dla osób przewlekle psychicznie chorych
 dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
 dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
 dla osób niepełnosprawnych fizycznie

miejsowość.....

data.....

.....
podpis i pieczęć lekarza

**Zgodnie z art. 54 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej „Osoba wymagająca wzmoczonej opieki medycznej kierowana jest na podstawie art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego.”*