

Dzierżoniów, dnia

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

„osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej” (art. 54 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 roku z późn. zmianami (tekst jednolity z 2020r. ze zmianami D z.U .z 2020 poz. 1876):

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

.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

1. Jest osobą przewlekle chorą ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego:

Tak Nie

2. Osoba wymaga stałej opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej:

Tak Nie

3. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

4. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.....

.....

.....

.....

5. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

stałej Tak Nie

okresowej Tak Nie

6. Proszę podkreślić zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania w środowisku osoby badanej:

- pielęgnacja chorego
- pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym
- leczenie, badania i porady lekarskie
- rehabilitacja lecznicza
- badania i terapia psychologiczna
- działania zapobiegawcze

7. Proszę zaznaczyć czy istnieje możliwość realizacji świadczeń określonych w pkt. 6 w dotychczasowym środowisku tj. miejscu zamieszkania lub pobytu:

- jeśli tak to jakich.....
-
-
-

8. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez :

- | | | |
|----------------------|-----|-----|
| - lekarza psychiatrę | Tak | Nie |
| - psychologa | Tak | Nie |

9. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/nie wymaga skierowania do:

- domu pomocy społecznej
(dotyczy osób wymagających całodobowej opieki)
- zakładu opiekuńczo- leczniczego
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

10. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić 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 osób niepełnosprawnych fizycznie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- dla osób uzależnionych od alkoholu

W/w Pan/i wymaga/ nie wymaga opieki osoby drugiej ze względu niemożność samodzielnej egzystencji.

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

* niepotrzebne skreślić