

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość....., data

Zaświadczenie lekarskie

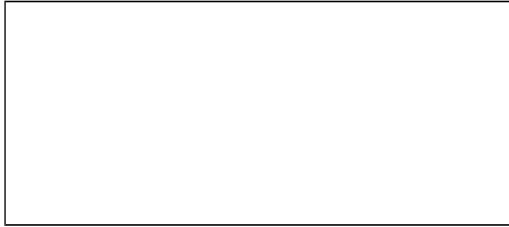
Pan/Pani

zamieszkały

świadomie i z własnej woli podjął/podjęła decyzję o zamieszkaniu w Domu pomocy Społecznej.

.....
Podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie
w domu pomocy społecznej

.....
Podpis i pieczęć lekarza



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość....., data

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego

.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, czyli choroby współistniejące

.....
.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu):

.....

7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

- 1) *Osoba porusza się:**
- a) *samodzielnie*
 - b) *o kulach*
 - c) *na wózku inwalidzkim*
 - d) *z pomocą drugiej osoby*
 - e) *jest leżąca*
- 2) *Sposób spożywania posiłków:**
- a) *Przyjmuje pokarmy samodzielnie*
 - b) *Jest karmiona przez drugą osobę*
 - c) *Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?)*
- 3) *Rodzaje ograniczeń innych czynności (mycie się, załatwianie czynności fizjologicznych)*
.....
- 4) *Rodzaj i częstość wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych w ciągu dnia:*
.....
- 5) *Rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca**
.....
- 6) *Częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu**
.....

8. Czy aktualnie stwierdza się:

- Chorobę zakaźną (jaką?)*
- Gruźlicę płuc lub innych narządów:*
- Chorobę weneryczną (jaką?):.....*
- Utratę wzroku **tak/nie**, w jakim stopniu:*
- Padaczkę: **tak/nie**:*
- Chorobę psychiczną: **tak/nie**, jaką?*
- Inne kalectwo:*
- Czy chory może być niebezpieczny:*
- dla siebie **tak/nie** dla innych **tak/nie***
- dla czego:*

.....

Podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie

** Właściwe zaznaczyć*



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość....., data

Zaświadczenie lekarskie

1.	Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej: Wiek:
2.	Czy w/w jest osobą zdrową i jej stan nie wymaga leczenia szpitalnego?*
	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3.	Czy w/w wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:*
	Stale Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Okresowo Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej:*
	- pielęgnacja chorych <input type="checkbox"/> - rehabilitacja lecznicza <input type="checkbox"/> - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi <input type="checkbox"/> - badania i terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> - leczenie, badania i porady lekarskie <input type="checkbox"/> - działania zapobiegawcze <input type="checkbox"/>
5.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej?*
	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> - zalecana konsultacja lekarza psychiatry:** Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> - zalecana konsultacja psychologa:*** Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
6.	W/w powinien/powinna być umieszczony/na w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu*: 1) dla osób w podeszłym wieku 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

.....
Podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie

* Właściwie zaznaczyć

**W wypadku występowania 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