

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie
do Domu Pomocy Społecznej

„Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie mogącej 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 z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021, poz.2268 z zm.)

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

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

3. Adres zamieszkania

4. Od jak dawna pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie:

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....

8. Osoba wymaga opieki pielęgnacyjnej w zakresie:

.....

.....

.....

.....

.....

9. Czy osoba była leczona psychiatrycznie:

1. TAK 2. NIE

10. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez¹:

Lekarza psychiatrę 1. TAK 2. NIE

Psychologa 1. TAK 2. NIE

11. Czy osoba ze względu na stan zdrowia wymaga:

całodobowej opieki: 1. TAK 2. NIE

wzmoczonej opieki medycznej: 1. TAK 2. NIE

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

☐ Domu Pomocy Społecznej
(dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)

☐ Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
(dotyczy osób wymagających wzmoczonej opieki medycznej)

☐ Placówki Pielęgnacyjno-Opiekuńczej
(dotyczy osób wymagających wzmoczonej opieki medycznej)

stale 1. TAK 2. NIE

okresowo 1. TAK 2. NIE

Proszę podać na jaki okres czasu:

13. 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 dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- ☐ dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- ☐ dla osób niepełnosprawnych fizycznie

Miejscowość:

Data:

.....
Podpis i pieczęć lekarza

¹ w wypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry
w wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa

pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej

wydaje lekarz publicznego
zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

2. Wiek

3. Jest osobą przewlekłe chora i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*

TAK NIE

4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki stale* lub okresowo*

TAK NIE

5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej

1. pielęgnacja chorych

4. rehabilitacja lecznicza

2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi

5. badania i terapia psychologiczna

3. leczenie, badanie i porady lekarskie

6. działania zapobiegawcze

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej*

TAK NIE

Miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza

* właściwie podkreślić

Uwaga:

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