

Wykaz dokumentów potrzebnych do umieszczenia w DPS:

- podanie
- kserokopia ostatniej decyzji z ZUS o wysokości świadczenia (emerytura, renta)
- odcinek z poprzedniego miesiąca o wysokości świadczenia z ZUS lub wydruk z konta bankowego o wpływie danego świadczenia w poprzednim miesiącu
- zaświadczenia lekarskie
- zgoda osoby zainteresowanej
- oświadczenie majątkowe
- aktualne badania: RTG klatki piersiowej oraz WR- ważne 2 lata
- aktualne adresy dzieci, wnuków wraz z numerami telefonów

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 z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021, poz.2268 z zm.)*

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej		
Data i miejsce urodzenia		
Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona (proszę podać miesiąc rok)	TAK 	NIE
Jest osobą przewlekle chorą, ale jej stan nie wymaga leczenia szpitalnego	TAK	NIE
Rozpoznanie choroby zasadniczej		
Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby		
Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:		
Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:		

Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:	STALE		OKRESOWO	
	TAK	NIE	TAK	NIE
Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:	LEKARZA PSYCHIATRĘ		PSYCHOLOGA	
	TAK	NIE	TAK	NIE
Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej:	Pielęgnacja chorych		TAK	NIE
	Pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym		TAK	NIE
	Leczenie, badania i porady lekarskie		TAK	NIE
	Rehabilitacja lecznicza		TAK	NIE
	Badania i terapia psychologiczna		TAK	NIE
	Działania zapobiegawcze		TAK	NIE
Czy badana osoba wymaga wzmoczonej opieki medycznej	TAK		NIE	
Czy 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 wzmoczonej opieki medycznej)	
W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia: /zakreślić jeden typ/	a) Dla osób w podeszłym wieku b) Dla osób przewlekle somatycznie chorych c) Dla osób przewlekle psychicznie chorych d) Dla osób niepełnosprawnych intelektualnie e) Dla osób niepełnosprawnych fizycznie			

Miejscowość:

Data:

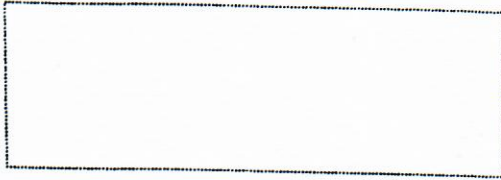
.....
Podpis i pieczęć lekarza

*Właściwe zakreślić

UWAGA:

W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS - do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan.....

zam......

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

.....
*podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie
domu pomocy społecznej*

.....
data/podpis i pieczętka lekarza

OŚWIADCZENIE

Ja.....
imię i nazwisko

wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w domu pomocy społecznej i jednocześnie
wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej,
ustaloną zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r.
(Dz.U. z 2021r poz.2268 ze zm.)

Miejscowość.....

Data.....

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Za zgodność podpisu

.....
(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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 chorą 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.

pieczętka 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 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 Pielęgniacyjno-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 przewlekłe somatycznie chorych
- ☐ dla osób przewlekłe 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

pieczętka
zakładu opieki zdrowotnej

zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra
dla osoby chorej psychicznie ubiegającej się
o skierowanie do domu pomocy społecznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna

3. Przebieg leczenia:

a. data pierwszej hospitalizacji....., ostatniej.....

b. liczba hospitalizacji....., łączny czas hospitalizacji.....

c. główne powody hospitalizacji.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres)

numer telefonu.....

7. Uwagi uzupełniające, zalecenia lekarza

Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie wystawia tylko poradnia psychologiczno-pedagogiczna podlegająca kuratorowi oświaty)

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu IQ:
3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:
 - a) intelektualnym
 - b) emocjonalnym
 - c) społecznym
4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań
5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?
6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji
7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

(miejscowość i data)

(podpis psychologa)