

Żary, dnia

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania (pobytu)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego– początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

5. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

.....

6. Jest osobą przewlekle chorą, ale stan jej zdrowia** :

- a) nie wymaga leczenia szpitalnego,
- b) wymaga leczenia szpitalnego,
- c) wymaga wzmożonej opieki medycznej .

7. Osoba wymaga/nie wymaga* całodobowej opieki osoby drugiej ze względu na wiek, chorobę, niepełnosprawność, niemożność samodzielnej egzystencji:

stale**	TAK	NIE
okresowo**	TAK	NIE

8. Które, z wymienionych schorzeń uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie w codziennym życiu i powodują konieczność opieki całodobowej (opisać szczegółowo jakie dysfunkcje i ograniczenia uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie w środowisku i powodują konieczność opieki całodobowej :

.....

Uzasadnienie:

.....

 ...

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

MOŻLIWOŚĆ REALIZACJI W ŚRODOWISKU

a) pielęgnacja chorych,	TAK	NIE
b) pielęgnacja i opieka na niepełnosprawnymi,	TAK	NIE
c) leczenie, badania i porady lekarskie,	TAK	NIE
d) rehabilitacja lecznicza,	TAK	NIE
e) badania i terapia psychologiczna,	TAK	NIE
f) działania zapobiegawcze	TAK	NIE

10. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez *

lekarza psychiatrę**	TAK	NIE
psychologa**	TAK	NIE

11. 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 w zmożonej opieki medycznej)

12. Czy istnieją przeciwwskazania do skierowania osoby do domu pomocy społecznej**:

TAK NIE

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

- a) dla osób w podeszłym wieku,
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- g) dla osób uzależnionych od alkoholu

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Żary, dnia

UWAGA:

* w przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia lekarskiego 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.**

** podkreślić właściwe