

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

2. Wiek

3. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*

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

TAK*

NIE*

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

- 1) pielęgnacja chorych,
- 2) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- 3) leczenie, badanie i porady lekarskie,
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) badania i terapia psychologiczna,
- 6) działania zapobiegawcze.

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

TAK*

NIE*

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* Właściwe podkreślić.

Uwaga:

W wypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenie 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.

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

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

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu):

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

.....

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

Tak / Nie*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie*

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

- niepotrzebne skreślić

*Zaświadczenie wydaje
lekarz psychiatra
dla osoby chorej
psychicznie ubiegają-
cej 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 i zalecenia lekarza

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejscowość i data)