

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....
5. Choroby współistniejące oraz uszkodzenia innych narządów i układów
.....
.....
.....
6. Zastosowanie lecznicze i rehabilitacja, pobyt w szpitalu lub sanatorium.....
.....
.....
7. Ocena wyników leczenia, rokowanie, dalsze leczenie i rehabilitacja.....
.....
.....
8. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny ewentualne potrzeby w tym zakresie.....
.....
.....
9. Stan zdrowia wymaga/nie wymaga całodobowej opieki i pomocy w formie usług*

| | | |
|-----------------|------------|------------|
| Stale | TAK | NIE |
| Okresowo | TAK | NIE |

Proszę podać na jaki okres czasu.....

10. Zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych*

- Pielęgnacja chorych
- Pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi
- Leczenie, badanie, porady lekarskie
- Badania i terapia psychologiczna
- Działania zapobiegawcze

11. Czy istnieją oznaki choroby zakaźnej lub choroby płuc lub inne przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej*

TAK **NIE**

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

- Dom Pomocy Społecznej /dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki/
- Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego /dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej/
- Placówki Pielęgnacyjno-Opiekuńczej /dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej/

13. Wymaga umieszczenia w odpowiednim typie domu pomocy społecznej**

- Dla osób w podeszłym wieku
- Dla osób przewlekle somatycznie chorych
- Dla osób przewlekle psychicznie chorych
- Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- Osób niepełnosprawnych fizycznie
- Osób uzależnionych od alkoholu

14. Zalecana konsultacja lekarza psychiatry*

TAK **NIE**

15. Zalecana konsultacja psychologa*

TAK **NIE**

.....
/miejsce i data/

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić

** właściwe podkreślić w przypadku zakwalifikowania w DPS w pkt. 12