

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

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

.....

2. Wiek PESEL

3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest prowadzona (*proszę wpisać miesiąc i rok*)

1. ☐ TAK miesiącrok 2. ☐ NIE

4. Czy lekarz ma wgląd do zaświadczenia lekarza psychiatry (o ile jest wymagane):
(*wpisać słownie tak lub nie*).....

5. Jest osobą chorą, ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego lub pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym:
(*wpisać słownie tak lub nie*).....

6. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

7. Rozpoznanie chorób współistniejących:

8. Uszkodzenia innych narządów i układów:

9. Osoba ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki w domu pomocy społecznej (*wpisać słownie Tak lub Nie*) , jeżeli tak **to czy na stałe czy okresowo** (*wpisać słownie*)

(zgodnie z art. 54 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. – Dz. U. z 2013 r., poz. 182 j.t. z późn. zm. „**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.**”

10. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez *:

a) Lekarza psychiatrę (wpisać słownie **Tak lub Nie**)

b) Psychologa (wpisać słownie **Tak lub Nie**)

11. Po przeprowadzeniu badań lekarskich oraz zapoznaniu się z będącą w mej dyspozycji dokumentacją dotychczasowego leczenia stwierdzam, że ww osoba:

a) wymaga umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej (mając na względzie, że dom nie świadczy usług medycznych i tym samym nie zapewnia wzmożonej opieki medycznej - dotyczy tylko osób wymagających całodobowej opieki) - (wpisać słownie **Tak lub Nie**)

b) wymaga umieszczenia w Zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym (dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej, mających poniżej 40 punktów w skali Barthel) (wpisać słownie **Tak lub Nie**)

12. Biorąc pod uwagę powyższe oraz rodzaj występujących schorzeń stwierdzam, iż ww osoba wymaga umieszczenia w domu pomocy społecznej następującego typu uwzględniając stanowisko lekarza psychiatry lub psychologa zgodnie z pkt 10 niniejszego zaświadczenia:

a) dla osób w podeszłym wieku (wpisać słownie **Tak lub Nie**)

(wskazania: wiek powyżej 65 lat, choroby wieku podeszłego z chorobami otępiennymi, choroba Alzheimera bez współistniejącej choroby psychicznej),

b) dla osób przewlekle somatycznie chorych (wpisać słownie **Tak lub Nie**)

(wskazania: choroby przewlekłe somatyczne, choroby otępienne, choroba Alzheimera bez współistniejącej choroby psychicznej),

c) dla osób przewlekle psychicznie chorych (wpisać słownie **Tak lub Nie**)

(wskazania: choroby psychiczne lub choroby psychiczne współistniejące z np. chorobą Alzheimera, Zespołem Zależności Alkoholowej),

d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (wpisać słownie **Tak lub Nie**)

e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie

(wpisać słownie **Tak lub Nie**).....

f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie (wpisać słownie **Tak lub Nie**).....

(wskazania: osoby poruszające się na wózkach, uszkodzenia narządów ruchu),

Miejscowośćdata

.....
podpis i pieczęć lekarza

Uwaga. Zaświadczenie zachowuje ważność przez okres 3 miesięcy od daty wystawienia. Po tym terminie powinno zostać zaktualizowane

-
- W wypadku wystąpienia choroby psychicznej, otępienia/demencji i choroby Alzheimera u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry
 - W wypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa