

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

Miejscowość.....  
Data.....

**Zaświadczenie 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. W/w Pan/i wymaga/nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: stale/okresowo\*

7. Zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:

- a) pielęgnacja chorych,
- b) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- c) leczenie, badanie i porady lekarskie,
- d) rehabilitacja lecznicza,
- e) badania i terapia psychologiczna,
- f) działania zapobiegawcze

\*) niepotrzebne skreślić

8. Stan zdrowia i możliwości psychofizycznej pozwalają na umieszczenie w DPS dla:

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

/zakreślić jeden typ/

**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 upośledzenie umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie