

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

„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.”

(Art. 54 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.)

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

.....

2. Wiek:

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

1. TAK 2. NIE

miesiąc i rok

4. Czy osoba wymaga leczenia szpitalnego lub pobytu w zakładzie opiekuńczo - leczniczym:

1. TAK 2. NIE

5. Osoba cierpi na schorzenia/niepełnosprawność:

- Typowe dla podeszłego wieku
- Somatyczne
- Psychiczne
- Niepełnosprawność intelektualna
- Niepełnosprawność fizyczna

6. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

7. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

8. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia opieki, w zakresie:
(proszę o szczegółowe wskazanie czynności)

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

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

lekarza psychiatręⁱ

1. TAK

2. NIE

psychologaⁱⁱ

1. TAK

2. NIE

10. Czy osoba jest zdolna do świadomego wyrażenia zgody na skierowanie i umieszczenie w domu pomocy społecznej:

1. TAK

2. NIE

Miejscowość:

Data:

.....

podpis i pieczęć lekarza

ⁱ w wypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry;

ⁱⁱ ** w wypadku występowania niepełnosprawności intelektualnej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.