

do „Procedury dotyczącej zasad i trybu postępowania w sprawie kierowania i umieszczania w domach pomocy społecznej m st. Warszawy oraz ustalania wysokości odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej”

до «Правил та порядку управління та розміщення в будинках соціальної допомоги міста Варшава та визначення розміру плати за перебування в будинку соціального захисту».

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

МЕДИЧНА ДОВІДКА

Про стан здоров'я особи, яка складає заяву про направлення до будинку соціальної допомоги

„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.”

«Особа, яка за віком, хворобою чи інвалідністю потребує цілодобового догляду, не може самостійно функціонувати у повсякденному житті, якій не можна надати необхідну допомогу вдома, має право на розміщення у будинку соціального захисту».

(Art. 54 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.)
(Стаття 54 Устави про соціальну допомогу з 12 березня 2004 р.)

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
Ім'я та прізвище заявника

.....

2. Wiek (вік):

3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest prowadzona (proszę wpisać miesiąc i rok):
Чи має лікар доступ до повної медичної документації та від якого часу ведеться? (місяць і рік):

1. TAK (так)..... 2. NIE (ні)

miesiąc i rok (місяць і рік)

4. Czy osoba wymaga leczenia szpitalnego lub pobytu w zakładzie opiekuńczo - leczniczym:
Чи заявник вимагає лікування в стаціонарі чи перебування в закладі догляду та лікування:

1. TAK(так) 2. NIE(ні)

5. Osoba cierpi na schorzenia/niepełnosprawność:
Чи в заявника присутні захворювання/інвалідність:

- Typowe dla podeszłego wieku (характерні для осіб літнього віку)
- Somatyczne (Соматичні)
- Psychiczne (Психічні)

- Niepełnosprawność intelektualna (інтелектуальна інвалідність)
- Niepełnosprawność fizyczna (фізична інвалідність)

6. Rozpoznanie choroby zasadniczej (Діагностика основного захворювання):

7. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:
Ураження інших органів і систем, супутні захворювання

8. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia opieki, w zakresie:

Особа потребує догляду за станом здоров'я, а саме:

(proszę o szczegółowe wskazanie czynności) (будь ласка, вкажіть конкретні заходи)

.....

.....

.....

.....

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

Чи є необхідність консультації пацієнта у:

lekarza psychiatręⁱ

психіатра

1. TAK(так)

2. NIE (ні)

psychologaⁱⁱ

психолога

1. TAK(так)

2. NIE (ні)

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

pomocy społecznej:

Чи може особа свідомо погодитися на направлення та розміщення в будинку соціальної допомоги:

1. TAK(так)

2. NIE (ні)

Miejscowość (місто):

Data (дата):

.....

podpis i pieczętka lekarza
підпис та печатка лікаря

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;

у разі психічного захворювання особи, яка подає заяву про влаштування в будинок соціальної допомоги, до цієї медичної довідки додається довідка лікаря-психіатра;

^{ii **} w wypadku występowania niepełnosprawności intelektualnej u osoby ubiegającej się o

umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.

у разі виявлення інтелектуальної недостатності в особі, яка претендує на влаштування в будинок соціальної допомоги, до цієї медичної довідки додається довідка психолога.