Wypełnia lekarz publicznego
zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
   .....
2. Wiek .....
3. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*
4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki
   Stale lub okresowo*
   TAK* NIE*
5. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych*
   1/ pielęgnacja chorych,
   2/ pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
   3/ leczenie, badanie i porady lekarskie,
   4/ rehabilitacja lecznicza,
   5/ badania i terapia psychologiczna,
   6/ działania zapobiegawcze.
6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej
   TAK* NIE*
   Zalecana konsultacja lekarza psychiatry: TAK* NIE*
   Zalecana konsultacja psychologa TAK* NIE*
7. Typ domu*
   - Osób w podeszłym wieku
   - Osób przewlekle somatycznie chorych
   - Osób przewlekle psychicznie chorych
   - Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
   - Dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
   - Osób niepełnosprawnych fizycznie.

....
/miejscowość i data/ /podpis i pieczęć lekarza/

---

* Właściwe podkreślić

Uwaga:
W wypadku wystąpienia choroby psychicznej 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.

.....
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
osoby ubiegającej się o przyjęcie do domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania lub 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. **Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:**

.....

.....

.....

4. **Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje: czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:**

.....

.....

5. **Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:**

.....

.....

6. **Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

.....

.....

7. **Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):**

.....

.....

8. **Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:**

.....

.....

.....

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie wystawia tylko poradnia psychologiczno – pedagogiczna podlegająca kuratorowi oświaty).

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej ……...
2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu ……
3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:
    a) Intelektualnym……
    ……
    ……
    ……
    b) Emocjonalnym……
    ……
    ……
    ……
    c) Społecznym……
    ……
    ……
    ……
4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań……
    ……
    ……..
5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeśli tak to z jakiego powodu
    ……
    ……
6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji …….
    ……
    ……...
7. Psycholog (ewentualnie lekarz prowadzący) (imię i nazwisko, adres , numer telefonu)
    ……
    ……...
8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa ……....
    ……
    ……...

..... (miejscowość i data)

……. (podpis psychologa)

Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra dla osoby chorej psychicznie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej ……...
2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna
   ……
   ……
   ……
   ……
3. Przebieg leczenia:
   a) data pierwszej hospitalizacji ……ostatniej…….....
   b) liczba hospitalizacji……, łączny czas hospitalizacji ….....
   c) główne powody hospitalizacji …….
      ……
      ……..
4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia
   ……
   ……
   ……
5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku
   .....……
   ……
   ……
6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
   ……
   ……
   ……
7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……...

…… (miejscowość i data)

……. (podpis i pieczęć lekarza psychiatry)