

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

.....
miejscowość, data

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

☐ TAK

☐ NIE

4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki

STALE

☐ TAK

☐ NIE

OKRESOWO

☐ TAK

☐ 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. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga / nie wymaga (**właściwe podkreślić**) skierowania do:

☐ Domu Pomocy Społecznej (dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)

☐ Zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego (dotyczy osoby wymagającej całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym),

☐ Zakładu opiekuńczo – leczniczego (dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

9. Badana osoba – wymagania/oczekiwania (**właściwe podkreślić**):

a) wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej,

b) poruszania się w środowisku,

c) jest leżąca/porusza się samodzielnie, o kulach, na wózku inwalidzkim/porusza się z pomocą drugiej osoby,

d) przyjmuje pokarmy samodzielnie/ jest karmiona przez drugą osobę/wymaga stosowania specjalnej diety/ jest dożywiana pozajelitowo,

e) posiada ograniczenia innych czynności(przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprzątanie, pranie, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych) inne jakie.....

.....

10 Czy osoba badana:

a) używa przedmiotów ortopedycznych np.: obuwia ortopedycznego, protez kończyn, wózka inwalidzkiego

☐ TAK

☐ NIE

jeśli tak to jakich?

b) używa środków pomocniczych: okularów, aparatu słuchowego, rurki tchawiczej itp.

☐ TAK

☐ NIE

jeśli tak to jakich?

c) czy u osoby badanej występują potrzeby w zakresie wyposażenia w przedmioty i środki ortopedyczne:

☐ TAK

☐ NIE

jeśli tak to jakie?

11. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej i zaznaczyć czy istnieje możliwość realizacji w dotychczasowym środowisku:

	Możliwość realizacji w środowisku	
1) pielęgnacja chorych	TAK	NIE
2) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi	TAK	NIE
3) leczenie, badania i porady lekarskie	TAK	NIE
4) rehabilitacja lecznicza	TAK	NIE
5) badania i terapia psychologiczna	TAK	NIE
6) działania zapobiegawcze	TAK	NIE

12 Proszę wskazać zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej:

- ☐ pielęgnacja
- ☐ pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi
- ☐ leczenie, badania i porady lekarskie
- ☐ rehabilitacja lecznicza
- ☐ badania i terapia psychologiczna
- ☐ działania zapobiegawcze
- ☐ udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych
- ☐ niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych
- ☐ umożliwienie udziału w terapii zajęciowej
- ☐ podnoszenie sprawności i aktywizacja

13. Zalecana konsultacja

lekarza psychiatry	☐ TAK	☐ NIE
psychologa	☐ TAK	☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

15. Powinien/powinna być umieszczony/a w domu pomocy społecznej następującego typu:

- ☐ dla osób w podeszłym wieku
- ☐ dla osób przewlekle somatycznie chorych
- ☐ dla osób przewlekle psychicznie chorych
- ☐ dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- ☐ dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- ☐ dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- ☐ dla osób uzależnionych od alkoholu

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* W przypadku występowania **choroby psychicznej** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się **zaświadczenie lekarza psychiatry**.

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

*** W przypadku, gdy zalecana jest **konsultacja lekarza psychiatry i/lub psychologa** do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się **zaświadczenie lekarza psychiatry i/lub psychologa**.