

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej

art. 54 ust. 1. Ustawy o 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.”

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

.....

2. Wiek:

3. Osoba przewlekle chora ale jej stan nie wymaga leczenia szpitalnego:

TAK NIE

4. Osoba wymaga całodobowych usług opiekuńczych, których nie można zapewnić w środowisku:

TAK NIE

STALE OKRESOWO

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

7. Określenie typu domu pomocy społecznej:

- 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

8. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez lekarza psychiatrę:

TAK NIE

[w przypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry]

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez psychologa:

TAK NIE

[w przypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa]

Miejscowość:

Data:

.....
Podpis lekarza