

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

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

TAK ,

NIE

6. Czy osoba wymaga leczenia szpitalnego lub pobytu w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym:

TAK

NIE

7. Osoba cierpi na schorzenia / niepełnosprawność:

Typowe dla podeszłego wieku

Somatyczne

Psychiczne

Niepełnosprawność intelektualna

Niepełnosprawność fizyczna

8. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

9. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

10. 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)

11. Badana osoba wymaga pomocy w zakresie (**właściwe podkreślić**):

- a) przyjmowania pokarmów,
- b) wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej,
- c) poruszania się w środowisku,
- d) prowadzenia gospodarstwa domowego (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprząatanie, pranie itp.)

12. Czy osoba badana:

- a) jest leżąca / porusza się: samodzielnie, o kulach, na wózku inwalidzkim / porusza się z pomocą drugiej osoby (**właściwe podkreślić**),
- b) przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmiona przez drugą osobę / wymaga stosowania specjalnej diety / jest dożywiana pozajelitowo (**właściwe podkreślić**),
- c) posiada ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)

13. 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?

14. 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

15. 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

16. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej?

- TAK NIE

17. Zalecana konsultacja

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| lekarza psychiatry | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| psychologa | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

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

- TAK NIE

19. 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**.

