pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....
Data .....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko .....
Wiek .....
Adres zamieszkania (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. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
.....
.....
.....
4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie
.....
.....

5. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)
.....

6. W/w Pan/i wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: stale/okresowo*
* ODPOWIEDNIE PODKREŚLIĆ

7. Zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:
a) pielęgnacja chorych,
b) pielęgnacja i opieka na niepełnosprawnymi,
c) leczenie, badania i porady lekarskie,
d) rehabilitacja lecznicza,
e) badania i terapia psychologiczna,
f) działania zapobiegawcze

8. Stan zdrowia i możliwości psychofizyczne pozwalają na umieszczenie w DPS dla:
a) osób w podeszłym wieku,
b) osób przewlekle somatycznie chorych,

c) osób przewlekle psychicznie chorych,
d) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
f) osób niepełnosprawnych fizycznie

UWAGA:

W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa.

.....

Podpis Lekarza POZ