

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość ..... data .....

**Zaświadczenie lekarskie**  
**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....  
.....  
..... ( opis w języku polskim )

2. Przebieg schorzenia podstawowego .....  
.....  
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące .....  
.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....  
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny,  
ewentualne potrzeby w tym zakresie .....  
.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych,  
innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)  
.....  
.....

## 7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1) osoba jest leżąca\*, porusza się: samodzielnie\*, o kulach\*, na wózku inwalidzkim\*, z pomocą drugiej osoby\*;

2) przyjmuje pokarmy samodzielnie\*, jest karmiona przez drugą osobę\*, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....

3) rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....

4) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....

5) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia\*, tygodnia\*, miesiąca\*.....

6) częstotliwość wizyt lekarskich w domu\*, poza domem\*, w tygodniu\*, miesiącu\*.....

## 8. Czy aktualnie stwierdza się:

chorobę zakaźną (jaką).....

gruźlicę płuc lub innych narządów:.....

chorobę weneryczną (jaką).....

utratę wzroku: *tak/nie*, w jakim stopniu:.....

padaczkę: *tak/nie*.....

chorobę psychiczną: *tak/nie*, jaką:.....

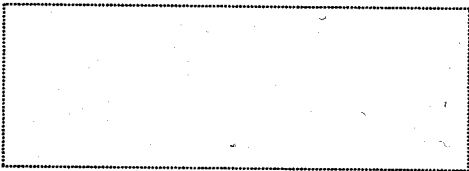
inne kalectwo:.....

Czy chory może być niebezpieczny: dla siebie: *tak/nie*, dla innych: *tak/nie*

dlaczego:.....

.....  
**pieczętka i podpis**  
**lekarza wystawiającego zaświadczenie**

- niepotrzebne skreślić



pieczęć  
zakładu opieki zdrowotnej

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)

### ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

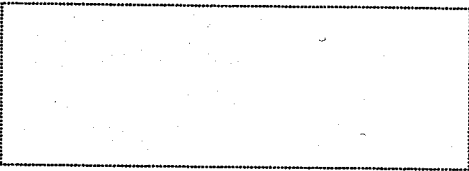
1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu ..... IQ:.....
3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:
a. intelektualnym .....
b. emocjonalnym .....
c. społecznym .....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

Miejscowość .....

Data.....



podpis i pieczęć psychologa



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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

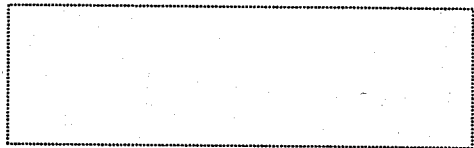
<p>1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej .....</p> <p>..... wiek .....</p> <p>2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3. Przebieg leczenia:</p> <p>a. data pierwszej hospitalizacji ....., ostatniej.....</p> <p>b. liczba hospitalizacji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



Miejscowość.....

podpis i pieczęć lekarza psychiatry

Data.....



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*

1.	IMIE I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej ..... wiek.....
2.	Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: stałe <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie okresowo <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej - pielęgnacja chorych, <input type="checkbox"/> - rehabilitacja lecznicza, <input type="checkbox"/> - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, <input type="checkbox"/> - badania i terapia psychologiczna, <input type="checkbox"/> - leczenie, badania i porady lekarskie, <input type="checkbox"/> - działania zapobiegawcze <input type="checkbox"/>
5.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja lekarza psychiatry * <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja psychologa ** <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
6.	Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu:* 1) dla osób w podeszłym wieku, 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych, 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych, 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie, <p style="text-align: right;">* właściwe podkreślić</p>

Miejscowość .....

Data .....



*Podpis i pieczęć lekarza*

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

\*\* W wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.