.....
pieczątka poradni podstawowej
opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do domu 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".

(Art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej – t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 901)

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

2. Wiek .....

3. Zaświadczam, że pacjent .....
   jest zdolny/ nie jest zdolny* do świadomego podejmowania decyzji we własnych sprawach życiowych i samodzielnie wyraził zgodę na umieszczenie w domu pomocy społecznej.

4. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....
   .....
   .....
   .....

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

6. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego:*
   ☐ TAK ☐ NIE

7. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:*
   stale ☐ TAK ☐ NIE
   okresowo ☐ TAK ☐ NIE

8. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia prze dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:*
   a. pielęgnacja chorego,
   b. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym
   c. leczenie, badania i porady lekarskie,
   d. rehabilitacja lecznicza,
   e. badania i terapia psychologiczna
   f. działania zapobiegawcze

9. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej*

☐ TAK ☐ NIE

a. wskazana jest konsultacja lekarza psychiatry ☐ TAK ☐ NIE

b. wskazana jest konsultacja psychologa ☐ TAK ☐ NIE

10. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/nie wymaga* skierowania do:

☐ domu pomocy społecznej
(dotyczy osób wymagających całodobowej opieki)

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

11. Pacjent powinien być skierowany do domu pomocy społecznej dla:*

1) osób w podeszłym wieku,
2) osób przewlekle somatycznie chorych,
3) osób przewlekle psychicznie chorych,
4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
6) osób niepełnosprawnych fizycznie,
7) osób uzależnionych od alkoholu,

(proszę wskazać jeden typ domu)

Miejscowość: ....

Data: ..... podpis i pieczęć lekarza

*właściwe zaznaczyć

•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 upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa