

## 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 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm. )

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

.....

#### 2. Adres zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

#### 3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji pacjenta i od kiedy jest prowadzona ? (proszę podać miesiąc i rok )

TAK, od.....

NIE, od .....

#### 4. Rozpoznanie :

- choroba zasadnicza pacjenta.

- uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące.

#### 5. Stan zaopatrzenia pacjenta w sprzęt ortopedyczny i pomocniczy oraz potrzeby w tym zakresie.

.....

**6. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez ?**

Lekarza psychiatrę \*                     TAK     NIE  
Psychologa \*\*                             TAK     NIE

**7. W jakim zakresie pacjent wymaga opieki pielęgnacyjnej ?**

.....  
.....

**8. Czy pacjent ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki?**

Stale:     TAK     NIE  
Okresowo:                                       TAK     NIE

**9. Czy pacjent ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do :**

-domu pomocy społecznej ( dotyczy osoby wymagającej całodobowej                     TAK                     NIE  
opieki )  
- zakładu opiekuńczo- leczniczego lub pielęgnacyjno- leczniczego                     TAK                     NIE  
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

**10. Jeżeli pacjent wymaga skierowania do domu pomocy społecznej, proszę wskazać typ domu:**

- 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.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

\*w przypadku wystąpienia 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