

.....
pieczętka zakładu 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 2004 r. o pomocy społecznej)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej, opis stanu zdrowia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Czy osoba jest w stanie samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, przy wsparciu w formie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania w maksymalnym wymiarze 6 godzin dziennie:

☐ TAK

☐ NIE

2. Osoba ze względu na stan zdrowia wymaga:

całodobowej opieki

☐ TAK

☐ NIE

leczenia szpitalnego

☐ TAK

☐ NIE

3. Osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do:

domu pomocy społecznej ☐ TAK ☐ NIE

/dotyczy osób wymagających całodobowej opieki/

na pobyt:

stały ☐ TAK ☐ NIE

okresowy ☐ TAK ☐ NIE:

Jeżeli pobyt okresowy to proszę podać na jaki okres czasu

4. Czy osoba była leczona psychiatrycznie: ☐ TAK ☐ NIE

5. Czy istnieje konieczność konsultacji przez:

lekarza psychiatrę ☐ TAK ☐ NIE

(jeżeli TAK – punktów 6 i 7 nie wypełnia się)

psychologa ☐ TAK ☐ NIE

6. W przypadku, gdy osoba wymaga skierowania do domu pomocy społecznej, a nie istnieje konieczność konsultacji psychiatrycznej, typem domu właściwym dla Ww. ze względu na występujące schorzenia jest dom:

- ☐ 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

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

☐ TAK ☐ NIE

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza