

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Pomocy**  
**Społecznej**

„ Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie mogącej 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 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. - Dz. U. z 2018 r. poz. 1508 z póź. zm.)

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

.....

**2. Wiek:** .....

**3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest prowadzona (proszę wpisać miesiąc i rok):**

☐ **1. TAK** .....

☐ **2. NIE**

miesiąc i rok

**4. Jest osobą przewlekle chora, ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego:**

☐ **1. TAK**

☐ **2. NIE**

**5. a) Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**b.) Ocena stanu zdrowia:**

**Informacja o przeprowadzonych badaniach laboratoryjnych, takich jak:**

**HBS:** .....

**rtg klatki piersiowej (badanie ważne 4 lata):** .....

**morfologia krwi:** .....

**badanie ogólne moczu** .....

**c.) Czy aktualnie stwierdza się:**

**chorobę zakaźną (jaką):** .....

**gruźlicę płuc lub innych narządów:** .....

**chorobę weneryczną (jaką):** .....

**żółtaczkę zakaźną:** .....

**utratę wzroku: tak/nie, jaką:** .....

**padaczkę: tak/nie**

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

**inne kalectwo:** .....

d.) Czy chory może być niebezpieczny: dla siebie. tak/nie, dla innych. tak/nie  
dlaczego: .....

e.) Informacja o aktualnie pobieranych lekach:

.....  
.....

6. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej i zaznaczyć czy istnieje możliwość ich realizacji w dotychczasowym środowisku.

MOŻLIWOŚĆ REALIZACJI W ŚRODOWISKU

- |  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. pielęgnacja chorych                       | <input type="checkbox"/> 1. TAK | <input type="checkbox"/> 2. NIE |
| 2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | <input type="checkbox"/> 1. TAK | <input type="checkbox"/> 2. NIE |
| 3. leczenia, badania i porady lekarskie      | <input type="checkbox"/> 1. TAK | <input type="checkbox"/> 2. NIE |
| 4. rehabilitacja lecznicza                   | <input type="checkbox"/> 1. TAK | <input type="checkbox"/> 2. NIE |
| 5. badania i terapia psychologiczna          | <input type="checkbox"/> 1. TAK | <input type="checkbox"/> 2. NIE |
| 6. działania zapobiegawcze                   | <input type="checkbox"/> 1. TAK | <input type="checkbox"/> 2. NIE |

7. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

-lekarza psychiatrę: ☐ 1. TAK ☐ 2. NIE

-psychologa: ☐ 1. TAK ☐ 2. NIE

8. 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 całodobowej opieki i wzmożonej opieki medycznej)

9. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:

- ☐ a). dla osób w podeszłym wieku  
☐ b). dla osób przewlekle somatycznie chorych  
☐ c). dla osób przewlekle psychicznie chorych  
☐ d). dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie  
☐ e). dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie  
☐ f). dla osób niepełnosprawnych fizycznie

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.