



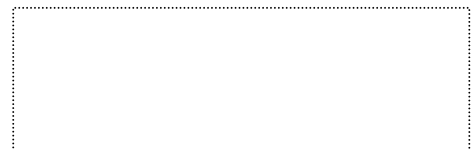
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E *

| | |
|----|---|
| 1. | IMIĘ 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: stale <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;">* <u>właściwie podkreślić</u></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**.



*pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej*

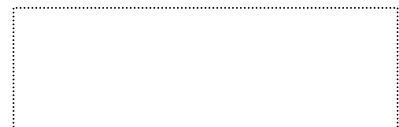
Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie wystawia tylko poradnia psychologiczno – pedagogiczna)

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

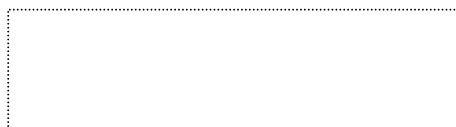


Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra dla osoby chorej psychicznie ubiegającej się o skierowanie do **domu pomocy społecznej**

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.....



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,
inne 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).....

utrata 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*

dlatego:.....

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

-
- niepotrzebne skreślić



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan.....

zam.....

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

.....

*podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie
domu pomocy społecznej*

.....

data/podpis i pieczętka lekarza