

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....Data .....

### 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 umieszczenia w domu pomocy społecznej” (art. 54 ustawy z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2019 poz. 1507 ze zm.)

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

.....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

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

.....

2. Czy osoba jest osobą przewlekle chorą ale jej stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego \*

TAK

NIE

3. Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

.....

4. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące: .....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

6. Osoba wymaga / nie wymaga\* ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki stale / okresowo.\*

7. W/w Pan/i wymaga/nie wymaga\* stale / okresowo\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

8. Proszę określić zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania w środowisku osoby badanej:

- a) pielęgnacja chorych,
- b) pielęgnacja i opieka na niepełnosprawnymi,
- c) leczenie, badania i porady lekarskie,
- d) rehabilitacja lecznicza,
- e) badania i terapia psychologiczna,
- f) działania zapobiegawcze

9. Proszę zaznaczyć czy istnieje możliwość realizacji świadczeń określonych w pkt. 7 w dotychczasowym środowisku, tj. w miejscu zamieszkania / pobytu:

- jeśli tak to jakich .....
- nie.

10. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez lekarza:

- |                      |     |     |
|----------------------|-----|-----|
| - lekarza psychiatrę | TAK | NIE |
| - 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. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia (podkreślić jeden typ domu):

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

UWAGA: W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry. W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa.

\* niepotrzebne skreślić