Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej *miejscowość i data ……*

lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej

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. *Jest osobą przewlekle chorą ale jej stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*

   Tak *Nie*

3. *Rozpoznanie choroby zasadniczej:……*
   ……
   ……
   ……
4. *Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące: ……*
   ……
   ……
   ……
5. *Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:*
   Stale tak nie
   Okresowo tak nie
6. *Proszę podkreślić zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania w środowisku osoby badanej:*
   - *Pielęgnacja chorych*
   - *Pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi*
   - *Leczenia, badania i porady lekarskie*
   - *Rehabilitacja lecznicza*
   - *Badania i terapia psychologiczna*
   - *Działania zapobiegawcze*

7. *Proszę zaznaczyć czy istnieje możliwość realizacji świadczeń podkreślonych w pkt.6 w dotychczasowym środowisku tj. miejscu zamieszkania lub pobytu:*
   - jeśli tak to jakich ……
   ……
   ……
   - nie
8. *Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:*
   - lekarza psychiatrę tak nie
   - psychologa tak nie
9. *Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/ nie wymaga* skierowania do Domu Pomocy Społecznej - proszę określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:*
   - dla osób w podeszłym wieku
   - dla osób przewlekle somatycznie chorych
   - dla osób przewlekle psychicznie chorych
   - dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
   - dla osób niepełnosprawnych fizycznie
   - dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie

podpis i pieczątka lekarza

**niepotrzebne skreślić*