**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 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 930.)

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

……………………………………………………………………………………………………………………….……..…...

2. Data i miejsce urodzenia:

……………………………………………………………………………………………………………………….……..…...

3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona (proszę podać miesiąc i rok)

 **Tak Nie**

4. Jest osobą przewlekle chorą, ale stan jej nie wymaga leczenia szpitalnego

 **Tak Nie**

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….……..…...

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

8. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

 - stale **Tak Nie**

 - okresowo **Tak Nie**

9 . Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

Lekarza psychiatrę **Tak Nie**

Psychologa **Tak Nie**

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

- pielęgnacji chorych **Tak Nie**

- pielęgnacja i opieka nad

 niepełnosprawnym **Tak Nie**

-leczenie badania i porady

 lekarskie **Tak Nie**

-rehabilitacja lecznicza **Tak Nie**

-badania i terapia

 Psychologiczna **Tak Nie**

-działania zapobiegawcze **Tak Nie**

11. 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)

12. 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 pieczątka lekarza

• w wypadku wystąpienia 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