

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

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia
wydane w celu stwierdzenia zasadności skierowania
do domu pomocy społecznej

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

Data urodzeniar. Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja; pobyty w szpitalu:

.....
.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, wskazane dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....
.....

6. Ocena sprawności ruchowej (właściwie zaznaczyć):

- a) osoba chodzi samodzielnie,
- b) osoba porusza się z pomocą innych osób,
- c) osoba porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego
podać jakiego:
- d) osoba leżąca

7. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku)

.....
.....

8. Osoba przejawia znaczne zaburzenia sfery emocjonalnej i wolicjonalnej:

.....
.....

9. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić (*właściwie podkreślić*) 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
- dla osób uzależnionych od alkoholu

10. Czy osoba wymaga **stałej, całodobowej opieki** z powodu wieku, choroby niepełnosprawności (*właściwie zaznaczyć*)

TAK / NIE

11. Czy osoba wymaga **opieki osoby drugiej** z uwagi na niemożność samodzielnej egzystencji (*właściwie podkreślić*)

TAK / NIE

12. Czy w przypadku ww. osoby istnieje konieczność konsultacji przez:¹

(*właściwie zaznaczyć*):

- a) **lekarza psychiatry** TAK / NIE
- b) **psychologa** TAK / NIE

.....
(*pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*)

¹ - w przypadku wystąpienia zaburzenia psychicznego, choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego wymagane jest załączenie **zaświadczenia lekarza psychiatry (DRUK E5)**

- w przypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego wymagane jest załączenie **zaświadczenia psychologa (DRUK E4)**