

**Zaświadczenie lekarskie  
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie  
do 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, innej 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. Jest osobą przewlekle chorą stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego\*

5. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki stale\* lub okresowo\*  
TAK\* NIE\*

6. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:\*

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

7. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej  
TAK\* NIE\*

8. Proponuję skierowanie pacjenta do DPS dla:

- 1. osób w podeszłym wieku,
- 2. osób przewlekle somatycznie chorych,
- 3. osób przewlekle psychicznie chorych,
- 4. dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- 5. dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- 6. osób niepełnosprawnych fizycznie.

**Uwaga:**

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.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* Właściwe podkreślić