

*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej*

Miejscowość .....

Data .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY  
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

Imię i nazwisko .....

Wiek .....

Adres zamieszkania (pobytu) .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

2. Przebieg schorzenia podstawowego– początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),  
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby .....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące .....

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

5. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data) .....

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

7. Zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych:

- 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

8. Stan zdrowia i możliwości psychofizyczne pozwalają na umieszczenie w DPS dla:

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

**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.

.....

pieczętka i podpis

lekarza wystawiającego zaświadczenie