

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej

Zgodnie z art. 54 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. – Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 j.t. z późn. zm.

„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.”

Dom pomocy społecznej niezależnie od typu nie świadczy usług medycznych i tym samym nie zapewnia wzmoczonej opieki medycznej wobec osób mających poniżej 40 punktów w skali Barthel.

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

.....

2. Adres zamieszkania /pobytu osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

3. PESEL _____

4. Jest osobą chorą, ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego lub pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym:

☐ *TAK*

☐ *NIE*

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

--

6. Rozpoznanie chorób współistniejących:

--

7. Uszkodzenia innych narządów i układów:

--

8. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez *:

- a) Lekarza psychiatrę * ☐ TAK ☐ NIE
b) Psychologa ** ☐ TAK ☐ NIE

* W wypadku wystąpienia choroby psychicznej, otępienia/demencji i choroby Alzheimera u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry

** W wypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa

9. Po przeprowadzeniu badań lekarskich oraz zapoznaniu się z będącą w mej dyspozycji dokumentacją dotychczasowego leczenia stwierdzam, że ww osoba:

a) wymaga umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej (mając na względzie, że dom nie świadczy usług medycznych i tym samym nie zapewnia wzmożonej opieki medycznej - dotyczy tylko osób wymagających całodobowej opieki)

☐ TAK ☐ NIE

jeżeli tak to czy na stałe czy okresowo (wpisać słownie)

b) wymaga umieszczenia w Zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym (dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej, mających poniżej 40 punktów w skali Barthel)

☐ TAK ☐ NIE

10. Biorąc pod uwagę powyższe oraz rodzaj występujących schorzeń stwierdzam, iż ww osoba wymaga umieszczenia w domu pomocy społecznej następującego typu uwzględniając stanowisko lekarza psychiatry lub psychologa zgodnie z pkt 8 niniejszego zaświadczenia:

Lp.	Rodzaje domów pomocy społecznej zgodnie z art. 54 ustawy o pomocy społecznej:	Kwalifikacja lekarza TAK / NIE
a)	Dla osób w podeszłym wieku (wskazania: wiek powyżej 65 lat, choroby wieku podeszłego z chorobami otępiennymi, choroba Alzheimera bez współistniejącej choroby psychicznej)	
b)	Dla osób przewlekle somatycznie chorych (wskazania: choroby przewlekle somatyczne, choroby otępienne, choroba Alzheimera bez współistniejącej choroby psychicznej)	
c)	Dla osób przewlekle psychicznie chorych (wskazania: choroby psychiczne lub choroby psychiczne współistniejące z np. chorobą Alzheimera, Zespołem Zależności Alkoholowej),	
d)	Dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	
e)	Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie	
f)	Dla osób niepełnosprawnych fizycznie (wskazania: osoby poruszające się na wózkach, uszkodzenia narządów ruchu),	
g)	Dla osób uzależnionych od alkoholu (wskazania: Zespół Zależności Alkoholowej)	

Miejscowośćdata

.....
podpis i pieczęć lekarza

Uwaga

Zaświadczenie zachowuje ważność przez okres 3 miesięcy od daty wystawienia. Po tym terminie powinno zostać zaktualizowane.