

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....

2. Wiek

3. Rozpoznanie choroby zasadniczej i współistniejących oraz rokowania co do poprawy stanu zdrowia:

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

4. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia:

- wymaga leczenia szpitalnego*,
- nie wymaga leczenia szpitalnego*.

5. Ze względu na stan zdrowia:

- wymaga całodobowej opieki*,
- nie wymaga całodobowej opieki*.

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

- 1) pielęgnacja chorych,
- 2) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- 3) leczenie, badanie i porady lekarskie;
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) badania i terapia psychologiczna,
- 6) działania zapobiegawcze.

7. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej:

TAK* NIE*

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry

TAK* NIE*

Zalecana konsultacja psychologa

TAK* NIE*

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczętka lekarza

* właściwe podkreślić

Uwaga:

W wypadku występowania choroby psychicznej, choroby alkoholowej, choroby Alzheimera 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.

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

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

3. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji:.....; ostatniej:.....;

b) liczba hospitalizacji:.....; łączny okres hospitalizacji:

c) główne powody hospitalizacji:.....

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

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

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku:

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

6. Lekarz prowadzący – imię, nazwisko, adres, numer telefonu:

.....
.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

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

.....

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu IQ:

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:

a) intelektualnym

.....

.....

b) emocjonalnym

.....

.....

c) społecznym

.....

.....

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań

.....

.....

.....

5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....

.....

.....

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeżeli tak, to jak długo?

.....

.....

6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji

.....

.....

.....

7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....

.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

.....

.....

.....

(miejsowość i data)

(podpis psychologa)

Zielona Góra,

.....
(pieczęć nagławkowa)

Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Zamieszkały/a

Rozpoznanie

.....

.....

Ze względu na stan zdrowia jest niezdolny/a do samodzielnej egzystencji. Nie jest w stanie w sposób świadomy wyrazić zgody na umieszczenie w domu pomocy społecznej.

.....
(pieczęć i podpis lekarza psychiatry)