

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

*„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” Art. 54 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej .....
2. Data i miejsce urodzenia: .....
3. Adres zamieszkania.....
4. Od jak dawna pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie:
5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

.....

8. Osoba wymaga opieki pielęgnacyjnej w zakresie:

.....

.....

.....

.....

.....

9. Czy osoba była leczona psychiatrycznie:

1. TAK            2. NIE

10. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

**Lekarza psychiatrę\*** 1. TAK            2. NIE

**Psychologa\*\***            1. TAK            2. NIE

11. Czy osoba ze względu na stan zdrowia wymaga:

**całodobowej opieki:**            1. TAK            2. NIE

**wzmoczonej opieki medycznej:**    1. TAK            2. NIE

12. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/nie wymaga skierowania do:

- Domu Pomocy Społecznej  
(dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)
  
- Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
(dotyczy osób wymagających wzmoczonej opieki medycznej)
  
- Placówki Pielęgniacyjno-Opiekuńczej  
(dotyczy osób wymagających wzmoczonej opieki medycznej)

**stale**            1. TAK            2. NIE

**okresowo**    1. TAK            2. NIE

Proszę podać na jaki okres czasu: .....

13. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić 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 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie

14. Czy osoba jest zdolna do świadomego wyrażenia zgody na skierowanie i umieszczenie w domu pomocy społecznej:

- 1. TAK
- 2. NIE

Miejscowość: .....

Data: .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

\* w wypadku wystąpienia 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.