

**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,
  - 7. osób uzależnionych od alkoholu.

**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