

.....
 pieczęta 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.
7. 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.
8. Powinien(na) być skierowany(a) do Domu Pomocy społecznej na pobyt całodobowy o
 profilu:
 - dla osób starych
 - dla osób przewlekle somatycznie chorych
 - dla niepełnosprawnych intelektualnie
 - dla niepełnosprawnych fizycznie
 - dla osób ze schorzeniami układu nerwowego

.....
 (miejscowość i data)

.....
 (podpis i pieczęć lekarza)

* niepotrzebne skreślić