

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).

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

.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania

PESEL.....

1. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest prowadzona (*proszę wpisać miesiąc i rok*).....

2. Jest osobą przewlekle chorą, ale stan jej zdrowia: (*proszę podkreślić*)

- nie wymaga leczenia szpitalnego
- wymaga leczenia szpitalnego
- wymaga wzmożonej opieki medycznej

3. Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

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

4. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:.....

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

5. Proszę podkreślić, czy osoba wymaga opieki z powodu:

- | | |
|----------------------|------------------|
| - wieku | stale / okresowo |
| - choroby | stale / okresowo |
| - niepełnosprawności | stale / okresowo |

6. Proszę podkreślić zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania w środowisku osoby badanej:

- | | |
|---|------------------|
| - pielęgnacja chorego | stale / okresowo |
| - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | stale / okresowo |
| - leczenie, badania i porady lekarskie | stale / okresowo |
| - rehabilitacja lecznicza | stale / okresowo |
| - badania i terapia psychologiczna | stale / okresowo |
| - wzmożona opieka medyczna | stale / okresowo |

7. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

- | | | |
|----------------------|-----|-----|
| - lekarza psychiatrę | tak | nie |
| - psychologa | tak | nie |

8. Proszę podkreślić czy istnieje możliwość samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu przy pomocy wsparcia w formie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania :

tak nie

9. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić (*proszę podkreślić*) 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 osób niepełnosprawnych fizycznie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- dla osób uzależnionych od alkoholu

Proszę podkreślić czy w/w Pan/i wymaga/ nie wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

.....
podpis i pieczęć lekarza

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, jeśli tak, to jak długo?
.....
.....
6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji.....
.....
7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, nr telefonu)
.....
.....
8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa.....
.....
.....

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis psychologa)

.....

/pieczęta zakładu opieki zdrowotnej/

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 konsultacjiostatniej.....
 - b) liczba hospitalizacjiłączny czas hospitalizacji.....
 - c) główne powody hospitalizacji.....
.....
.....
4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:
.....
.....
.....
5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.....
.....
.....
6. Lekarz prowadzący /imię, nazwisko i adres/.....
.....
nr telefonu.....
7. Uwagi uzupełniające z zalecenia lekarza.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej w wysokości 70 % posiadanego dochodu, stanowiącego podstawę naliczenia odpłatności za dps oraz przekazywanie i potrącanie jej z posiadanych dochodów na rzecz Domu.

Suwałki, dnia
.....
(czytelny podpis)

.....
(potwierdzam własnoręczność podpisu)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej w wysokości 70 % posiadanego dochodu, stanowiącego podstawę naliczenia odpłatności za dps oraz przekazywanie i potrącanie jej z posiadanych dochodów na rzecz Domu.

Suwałki, dnia
.....
(czytelny podpis)

.....
(potwierdzam własnoręczność podpisu)