



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość ..... data .....

**Zaświadczenie lekarskie**  
**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w 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) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....
- 5) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia\*, tygodnia\*, miesiąca\*.....
- 6) częstotliwość wizyt lekarskich w domu\*, poza domem\*, w tygodniu\*, miesiącu\*

**8. Czy aktualnie stwierdza się:**

- chorobę zakaźną (jaką):.....
- gruźlicę płuc lub innych narządów:.....
- chorobę weneryczną (jaką):.....
- utratę wzroku: *tak/nie*, w jakim stopniu:.....
- padaczkę: *tak/nie*.....
- chorobę psychiczną: *tak/nie*, jaką:.....
- inne kalectwo:.....
- Czy chory może być niebezpieczny:* dla siebie: *tak/nie*, dla innych: *tak/nie*
- dłaczego:.....

.....  
*pieczętka i podpis  
lekarza wystawiającego zaświadczenie*

---

\* niepotrzebne skreślić