

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**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 ( Dz. U. z 2018r., poz. 1508 ze zm.)

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<sup>1</sup>:

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 Pielęgnacyjno-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

Miejscowość: .....

Data: .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

<sup>1</sup> 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