

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie

Na podstawie badań lekarskich z dnia

oraz załączonych badań dodatkowych stwierdza się, że

Pan(i)

zam.

.....

1. Powinien (ma) być skierowany (a) do domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu:

- dla osób w podeszłym wieku (*pieczęć imienna lekarza)

- dla osób przewlekle somatycznie chorych, (*)

- dla przewlekle psychicznie chorych, (*)

- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, (*)

- osób niepełnosprawnych fizycznie, (*)

- uzależnionych od alkoholu, (*)

- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. (*)

2. Powinien być skierowany do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla osób przewlekle chorych.

3. Nie został(a) zakwalifikowany(zakwalifikowany) do Domu Pomocy Społecznej lub Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z powodu przeciwwskazań zdrowotnych lub innych

.....

4. UWAGI uzupełniające:

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

.....
(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć lekarza)

Wydaje lekarz publicznego zakładu
opieki

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej		
2. Wiek		
3. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:		
stale	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
lub okresowo	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> pielęgnacja chorych	<input type="checkbox"/> rehabilitacja lecznicza	
<input type="checkbox"/> pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi	<input type="checkbox"/> badania i terapie psychologiczna	
<input type="checkbox"/> leczenie, badanie i porady lekarskie	<input type="checkbox"/> działania zapobiegawcze	
6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczania w domu opieki społecznej? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Zalecana konsultacja lekarza psychiatry	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zalecana konsultacja psychologa	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Miejscowość.....

.....
podpis i pieczęć lekarza

Data.....

*

*W wypadku występowania choroby psychicznej 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

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie wystawia tylko poradnie psychologiczno-pedagogiczne podlegające kuratorowi oświaty)

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu
3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej po 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

Miejscowość

Data

pieczętka i podpis psychologa

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra
dla osoby chorej psychicznie ubiegającej się
o skierowanie do domu pomocy społecznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko, adres osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna
3. Przebieg leczenia: a. data pierwszej hospitalizacji ostatniej b. liczba hospitalizacji łączny 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 i nazwisko, adres) telefon
7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....
Miejscowość i data

Podpis i pieczęć lekarza

ORZECZENIE LEKARSKIE

A Wywiad lekarski (dotyczy kandydatka do domu pomocy społecznej)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsce zamieszkania)

Czy używa:

1. Przedmiotów ortopedycznych (no. obuwia ortopedycznego, protez kończyn, wózka inwalidzkiego)

TAK*

NIE*

Jeśli tak to jakich?

.....

2. Środków pomocniczych (okularów, aparatu słuchowego, rurki tchawicznej, itp.)

TAK*

NIE*

Jeśli tak to jakich?

.....

3. Innych przedmiotów niezbędnych w procesie leczenia i rehabilitacji

TAK*

NIE*

Jeśli tak to jakich?

Proszę podać potrzeby w tym zakresie

.....

.....

.....

B Wyniki badania lekarskiego:

1. Wyniki badań dodatkowych (rtg klatki piersiowej, odczyn Wassermanna, badania krwi, moczu, EKG, itp.) stanowią załącznik do niniejszego badania.

2. Stan obecny opis
-
-
-

Czy stwierdza się :
a/ chorobę zakaźną
Jeśli tak, to jaką?

TAK*

NIE*

.....
.....

b/ gruźlicę
Jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym?

TAK*

NIE*

TAK*

NIE*

UWAGI uzupełniające:

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

.....
(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć lekarza)

Przemysł, dnia

.....
/imię i nazwisko/
.....

.....
/Adres/
.....

O ś w i a d c z e n i e

Jazamieszkała /y/.....

ul.

będący kuratorem prawnym Pani/a/.....oświadczam, że wyrażam zgodę **na przeniesienie lub skierowanie w/w do Domu Pomocy Społecznej**

w..... i jednocześnie **wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w Domu Pomocy Społecznej** zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z renty, emerytury, renty socjalnej, zasiłku stałego wyrównawczego, która z chwilą umieszczenia w DPS będzie przekazywana bezpośrednio na konto Domu Pomocy Społecznej.

Miejscowość.....

Data

.....
/podpis osoby składającej oświadczenie/

Za zgodność podpisu

.....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

....., data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane w celu ubiegania się o dom pomocy społecznej

Nazwisko i imię

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Przebieg leczenia:

Początek

Stadium zaawansowania

Hospitalizacji /czas, liczba/.....

Aktualny stan zdrowia

3. Choroby współistniejące

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania

.....

6. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku

.....

7. Zalecenia lekarza

8. Konieczność sprawowania całodobowej opieki ze względu na niemożliwość samodzielnej

egzystencji: **TAK** lub **NIE** *jeśli tak, to na* **STAŁE** / **OKRESOWO**

9. Przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

.....

pieczętka i podpis lekarza