



Gminne Centrum Usług Społecznych w Szczytnie

ul. Towarowa 3, 12-100 Szczytno

e-mail : cus@ug.szczytno.pl, tel. (89) 613-11-37

NIP : 745-158-69-80, REGON : 004458799

adres doręczeń elektronicznych (ADE): **AE:PL-99479-56861-RHRVE-33**

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, dzień, miesiąc, rok

**Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie
do domu pomocy społecznej**

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

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:

a). osoba jest leżąca* , porusza się: samodzielnie* , o kulach* , na wózku inwalidzkim* ,
z pomocą drugiej osoby* ;

b). przyjmuje pokarmy samodzielnie* , jest karmiona przez drugą osobę* , wymaga
stosowania specjalnej diety (jakiej?)

.....
.....

c). rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)

.....
.....

8. Jest osobą przewlekle chorą stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*
TAK* NIE*

9. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki stale* lub okresowo*
TAK* NIE*

10. Proszę podać 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.

11. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej
TAK* NIE*

12. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez :

Lekarza psychiatrę TAK* NIE*

Psychologa TAK* NIE*

12. Proponuję skierowanie pacjenta do DPS dla:

- 1. osób w podeszłym wieku,
- 2. osób przewlekle somatycznie chorych,
- 3. osób przewlekle psychicznie chorych,
- 4. dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- 5. dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- 6. osób niepełnosprawnych fizycznie.
- 7. osób uzależnionych od alkoholu

13. Czy aktualnie stwierdza się:

chorobę zakaźną (jaką)

chorobę psychiczną (jaką)

czy chory może być niebezpieczny dla siebie : TAK* NIE* , dla innych: TAK* NIE*,
dlaczego

Uwaga :

W wypadku występowania 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.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

* **Właściwe podkreślić**

