**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 2015r Nr 163)***

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

……………………………………………………………………………………………………………………….……..…...

1. Wiek: …………………………………………………….……..…...
2. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona (proszę podać miesiąc i rok)

**🗆 1. TAK** ……………..……….. **🗆 2. NIE**

 (miesiąc i rok)

1. Czy jest osobą przewlekle chorą, ale stan jej nie wymaga leczenia szpitalnego

**🗆 1. TAK 🗆 2. NIE**

1. Osoba cierpi na schorzenia/niepełnosprawność:
* Typowe dla podeszłego wieku **🗆**
* Somatyczne **🗆**
* Psychiczne  **🗆**
* Niepełnosprawność intelektualna **🗆**
* Niepełnosprawność fizyczna **🗆**
1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

|  |
| --- |
|  |

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

|  |
| --- |
|  |

1. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opiek, w zakresie:

*(prosimy o szczegółowe wskazanie czynności)*

1. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez \*:

Lekarza psychiatrę: **🗆 1. TAK 🗆 2. NIE**

Psychologa: **🗆 1. TAK 🗆 2. NIE**

Miejscowość: ………….……………….

Data: ……………………….…….………..

……………………………………………….

Podpis i pieczątka lekarza

* *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*