

Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

Imię i nazwiskoData urodzenia

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

2. Choroby współistniejące:

.....

3. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji :

ocena zdolności psychofizycznej	Kontakt słowny : * logiczny, * ograniczony , Zachowanie : *spokojne, *lękliwe , *agresywne Pamięć : * bez zaburzeń, * trudności w zapamiętywaniu Samoobsługa : * osoba leżąca, * porusza się : samodzielnie, o kulach , na wózku inwalidzkim , z pomocą osoby drugiej, * wykonuje toaletę : samodzielnie , przy pomocy drugiej osoby
Przyjmowanie pokarmów	*samodzielnie, * jest karmiona przez drugą osobę , * wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?.)..... * karmiony przez sondę
Zakres świadczeń jakich wymaga zainteresowany/a	* Wymaga realizacji potrzeb: - bytowych w zakresie : miejsca zamieszkania , wyżywienia , utrzymania czystości - opiekuńczych w zakresie: pielęgnacji , udzieleniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych - wspomagających w zakresie : podnoszenia sprawności i aktywizowania rehabilitacji

* właściwe podkreślić

4. Czy chory może być **niebezpieczny dla siebie: tak nie, dla innych : tak nie**

5. Czy aktualnie stwierdza się:

chorobę psychiczną (jaką?).....

niepełnosprawność intelektualną(jaką?).....

niepełnosprawność fizyczną(jaką ?)

6. Zalecana konsultacja psychiatryczna / psychologiczna

Tak

Nie

Tak

Nie

7. Czy istnieje przeciwwskazanie do umieszczenia w domu pomocy społecznej ?

Tak(jakie?).....

Nie.....

8. Typ domu pomocy społecznej wskazany dla osoby ubiegającej się o umieszczenie *

- 1.) dla osób w podeszłym wieku
- 2) dla osób przewlekłe somatycznie chorych
- 3) dla osób przewlekłe psychicznie chorych
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

* zaznaczyć jeden typ domu

podpis lekarza rodzinnego

.....
miejsowość i data