

.....  
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 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)*

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej, opis stanu zdrowia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**1. Czy osoba jest w stanie samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, przy wsparciu w formie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania w maksymalnym wymiarze 6 godzin dziennie:**

TAK

NIE

**2. Osoba ze względu na stan zdrowia wymaga:**

całodobowej opieki

TAK

NIE

leczenia szpitalnego

TAK

NIE

**3. Osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do:**

domu pomocy społecznej  TAK  NIE  
*/dotyczy osób wymagających całodobowej opieki/*

na pobyt:

stały  TAK  NIE

okresowy  TAK  NIE:

Jeżeli pobyt okresowy to proszę podać na jaki okres czasu .....

**4. Czy osoba była leczona psychiatrycznie:**  TAK  NIE

**5. Czy istnieje konieczność konsultacji przez:**

lekarza psychiatrę  TAK  NIE  
*(jeżeli TAK – punktów 6 i 7 nie wypełnia się)*

psychologa  TAK  NIE

**6. W przypadku, gdy osoba wymaga skierowania do domu pomocy społecznej, a nie istnieje konieczność konsultacji psychiatrycznej, typem domu właściwym dla Ww. ze względu na występujące schorzenia jest dom:**

- dla osób w podeszłym wieku
- dla osób przewlekle somatycznie chorych
- dla osób przewlekle psychicznie chorych
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- dla osób uzależnionych od alkoholu

**7. Czy osoba jest zdolna do świadomego wyrażenia zgody na skierowanie i umieszczenie w domu pomocy społecznej:**

TAK  NIE

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis i pieczętka lekarza*