

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 o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. - Dz.U. z 2008 r., Nr 115, poz. 728 z późn.. zm.)

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

.....

2. Wiek:

3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest prowadzona (proszę podać miesiąc i rok)

1. TAK..... 2. NIE

4. Jest osobą przewlekle chorą ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego:

1. TAK 2. NIE

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

7. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

stale 1. TAK 2. NIE

okresowo 1. TAK 2. NIE

8. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej i zaznaczyć czy istnieje możliwość realizacji w dotychczasowym środowisku.

MOŻLIWOŚĆ REALIZACJI W ŚRODOWISKU

1. pielęgnacja chorych	TAK	NIE
2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym	TAK	NIE
3. leczenia, badania i porady lekarskie	TAK	NIE
4. rehabilitacja lecznicza	TAK	NIE
5. badania i terapia psychologiczna	TAK	NIE
6. działania zapobiegawcze	TAK	NIE

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez*:

Lekarza psychiatrii

1. TAK

2. NIE

Psychologa

1. TAK

2. NIE

10. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/nie wymaga skierowania do:

Domu pomocy społecznej
(dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)

Zakładu opiekuńczo-leczniczego
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

11. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:

- a) dla osób w podeszłym wieku
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

Miejscowość:

Data:

.....
Podpis lekarza

- w wypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatrii
- w wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa

OŚWIADCZENIE

Ja.....
wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Domu Pomocy Społecznej
i jednocześnie wyrażam zgodę na odpłatność za pobyt w Domu Pomocy
Społecznej ustaloną zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca
2004 r.

Miejscowość.....

Data.....

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
podpis pracownika socjalnego

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

<p>1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej</p> <p>.....</p>
<p>2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3. Przebieg leczenia:</p> <p>a. data pierwszej hospitalizacji....., ostatniej.....</p> <p>b. liczba hospitalizacji....., łączny czas hospitalizacji.....</p> <p>c. główne powody hospitalizacji</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Opis aktualnego stanu psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. Charakterystyka cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko)</p> <p>.....</p> <p>.....numer telefonu.....</p>
<p>7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Miejscowość.....

Data.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko 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 pod
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)

.....

..... numer telefonu.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

.....

.....

.....

Miejscowość

Data

OPINIA
DOTYCZĄCA STOPNIA SPRAWNOŚCI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

(wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

Część ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu (w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych – również imię i nazwisko osoby składającej wniosek, stopień pokrewieństwa z osobą kierowaną, a także imię i nazwisko opiekuna prawnego):
.....
.....

2. Data urodzenia

3. Miejsce zamieszkania:

Zameldowanie na pobyt stały:

Zameldowanie na pobyt czasowy:

Aktualne miejsce pobytu:

Część szczegółowa

A. *Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej, a w szczególności:*

1. Ocena sprawności ruchowej (chodzi samodzielnie*, z pomocą innych osób*, z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego – podać jakiego*, nie chodzi samodzielnie*)
.....
.....
.....

2. Ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych (samodzielny*, wymaga częściowej pomocy*, zupełnie niesamodzielny*)
.....
.....

3. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku)
.....
.....

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania, zamiłowania)
.....
.....

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występujące w jej imieniu, co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom
.....
.....

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne jak i negatywne)
.....
.....
.....

B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

1. Opinia ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na temat możliwości funkcjonowania osoby w jej dotychczasowym środowisku społecznym (podać co uniemożliwia pozostanie jej w dotychczasowym środowisku zamieszkania)

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

2. Podać, jaki jest zakres i rodzaj oferowanej pomocy przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

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

3. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, jeśli nie – opisać dlaczego

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

4. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej (nie wymaga skierowania*, wymaga skierowania na pobyt okresowy lub na pobyt stały*)

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

.....

Podpis osoby ubiegającej się o skierowanie

do domu pomocy społecznej lub jej opiekuna prawnego

.....

podpis pracownika socjalnego