

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

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Wiek .....

W/w wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki na stałe lub okresowo (właściwe podkreślić)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowania / możliwości poprawy / dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

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

7. Osoba winna zostać skierowana do niżej zaznaczonego domu pomocy społecznej dla:

- a) osób w podeszłym wieku,
- b) osób przewlekle somatycznie chorych,
- c) osób przewlekle psychicznie chorych,
- d) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- f) osób niepełnosprawnych fizycznie,
- g) osób uzależnionych od alkoholu.

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć lekarza