



Miejscowość, dnia.....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie
w domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
.....(opis w języku polskim)

2. Przebieg schorzenia podstawowego
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
.....
.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja
.....
.....

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)
.....
.....
.....

* właściwe podkreślić

7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

- 1) Osoba jest **leżącą ***, porusza się: **samodzielnie***, **o kulach ***, **na wózku inwalidzkim***, **z pomocą drugiej osoby***
- 2) **Przyjmuje pokarmy** samodzielnie *, jest karmiona przez drugą osobę *, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?)
- 3) Rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
- 4) Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
- 5) Rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*
- 6) Częstotliwość wizyt lekarskich w domu *, poza domem*, w tygodniu *, miesiącu*

8. **Czy aktualnie stwierdza się :**

- Chorobę zakaźną (jaką):
- Gruźlicę płuc lub innych narządów
- Chorobę weneryczną (jaką)
- Utratę wzroku: **tak / nie**, w jakim stopniu:
- Padaczkę: **tak / nie**
- Chorobę psychiczną: **tak / nie** (jaką)
- Inne kalectwo:
- Czy chory może być niebezpieczny:** dla siebie: **tak / nie**, dla innych: **tak / nie**
- Dlaczego

.....
podpis i pieczętka lekarza

* właściwe podkreślić

* właściwe podkreślić