

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie
w Domu Pomocy Społecznej „u Aniołów” w Jeżowie

„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. 2017 poz. 1769 z późn. zm.)

1.	IMIĘ I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej Data urodzenia Adres zamieszkania Nr PESEL
2.	Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest prowadzona (prosze podać miesiąc i rok) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Pacjent jest osobą przewlekle chorą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ale stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Rozpoznanie choroby zasadniczej: (opis w języku polskim)
5.	Przebieg schorzenia podstawowego:
6.	Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:
7.	Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

8.	<p>Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
9.	<p>Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
10.	<p>Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki w Domu pomocy społecznej:</p> <p>stale <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>okresowo <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia wzmożonej opieki medycznej i skierowania do Zakładu opiekuńczo-leczniczego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
11.	<p>Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej:</p> <p><input type="checkbox"/> pielęgnacja chorych,</p> <p><input type="checkbox"/> pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,</p> <p><input type="checkbox"/> leczenie, badania i porady lekarskie,</p> <p><input type="checkbox"/> rehabilitacja lecznicza,</p> <p><input type="checkbox"/> badania i terapia psychologiczna,</p> <p><input type="checkbox"/> działania zapobiegawcze.</p>
12.	<p>Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>jakie:.....</p> <p>Zalecana konsultacja lekarza psychiatry <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Zalecana konsultacja psychologa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
13.	<p>Osoba powinna być umieszczona w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu:</p> <p><input type="checkbox"/> a) dla osób w podeszłym wieku,</p> <p><input type="checkbox"/> b) dla osób przewlekle somatycznie chorych,</p> <p><input type="checkbox"/> c) dla osób przewlekle psychicznie chorych,</p> <p><input type="checkbox"/> d) dla dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną,</p> <p><input type="checkbox"/> e) dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną,</p> <p><input type="checkbox"/> f) dla osób z niepełnosprawnością fizyczną,</p> <p><input type="checkbox"/> g) dla osób uzależnionych od alkoholu.</p>

