

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UMIESZCZENIE W
DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

IMIĘ, NAZWISKO:

WIEK

ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ (OPIS W JĘZYKU POLSKIM)

PRZEBIEG SCHORZENIA PODSTAWOWEGO

USZKODZENIA INNYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW, CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE

ROKOWANIE (MOŻLIWOŚĆ POPRAWY, DALSZE LECZENIE I REHABILITACJA)

**UŻYWANE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE, ŚRODKI POMOCNICZE, SPRZĘT REHABILITACYJNY, POTRZEBY W
TYM ZAKRESIE**

**WYKAZ WYKONYWANYCH BADAŃ DODATKOWYCH, KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH, INNEJ
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ISTOTNEJ DLA OCENY STANU ZDROWIA (W ZAŁĄCZENIU)**

**RODZAJE I LICZBA ZABIEGÓW REHABILITACYJNO – LECZNICZYCH WYKONYWANYCH W DOMU I POZA
DOMEM (WSKAZAĆ CZĘSTOTLIWOŚĆ)**

W ciągu dnia / tygodnia / miesiąca

ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI I PIELĘGNACJI *

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> osoba porusza się samodzielnie | <input type="checkbox"/> osoba porusza się na wózku inwalidzkim |
| <input type="checkbox"/> osoba porusza się z pomocą drugiej osoby | <input type="checkbox"/> osoba jest leżąca |
| <input type="checkbox"/> osoba porusza się o kulach | <u>* wskazać poziom ruchomości</u> |
| <input type="checkbox"/> przyjmuje pokarmy samodzielnie | <input type="checkbox"/> jest karmiona przez drugą osobę, |
| <input type="checkbox"/> wymaga specjalnej diety (jakiej?): | <u>* wskazać właściwe</u> |

RODZAJE OGRANICZENIA INNYCH CZYNNOŚCI

(NP. MYCIE SIĘ, UBIERANIE, ZAŁATWIANIE CZYNNOŚCI FIZJOLOGICZNYCH)

.....

RODZAJ I CZĘSTOTLIWOŚĆ ZABIEGÓW PIELĘGNACYJNYCH WYKONYWANYCH W CIĄGU DNIA

.....

CZĘSTOTLIWOŚĆ WIZYT LEKARSKICH

	W TYGODNIU	W MIESIĄCU
W DOMU
POZA DOMEM

ROZPOZNANIE INNYCH CHOROÓB U OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UMIESZCZENIE W DPS

TAK / NIE choroba zakaźna (jaka):

TAK / NIE gruźlica płuc lub innych narządów:

TAK / NIE utrata wzroku – w jakim stopniu:

TAK / NIE padaczka:

TAK / NIE choroba psychiczna (jaka):

Inne choroby:

.....

ZAGROŻENIE DLA SIEBIE I INNYCH

Czy osoba może być niebezpieczna dla siebie TAK NIE

Czy osoba może być niebezpieczna dla innych TAK NIE

Dlaczego:

.....

Miejscowość:

Data:

Podpis i pieczęć lekarza