

**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 2015 roku, poz. 163.)*

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 psychiatry

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 psychiatry
- 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

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

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna

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

3. Przebieg leczenia:

a. data pierwszej hospitalizacji....., ostatniej.....

b. liczba hospitalizacji....., łączny czas hospitalizacji.....

c. główne powody hospitalizacji .....

.....  
.....

4. Opis aktualnego stanu psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

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

5. Charakterystyka cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

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

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko)

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

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

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

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