ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej

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

   …… PESEL: ……

2. Adres: ……

3. Rozpoznane choroby somatyczne/psychiczne; uszkodzenia innych narządów i układów:

……

……

……

4. Ograniczenia w funkcjonowaniu w środowisku :

……

……

……

5. Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz sprzęt ortopedyczny:

……

6. **Pacjent wymaga / nie wymaga całodobowej opieki:**

   * właściwe podkreślić

7. **Pacjent wymaga / nie wymaga skierowania do Domu Pomocy Społecznej**

   * właściwe podkreślić

**Art. 54 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej stanowi, że:*
- „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.
-natomiast ust. 3 stanowi, że „osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest na podstawie art. 33 a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno- opiekuńczego."

VERTE

7. W przypadku kiedy osoba wymaga skierowania do domu pomocy społecznej należy określić **<u>jeden typ domu</u>** właściwy do umieszczenia ze względu na występujące schorzenia:

dla osób w podeszłym wieku	
dla osób przewlekle somatycznie chorych	
dla osób przewlekle psychicznie chorych	
dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	
dla osób niepełnosprawnych fizycznie	
dla osób uzależnionych od alkoholu	

<u> zaznaczyć jeden właściwy dla pacjenta typ domu</u>*

Miejscowość: …….

Data: ……..

……

Podpis i pieczęć lekarza